Vol. 78; n. 3, Supplement 2, September 2006

Archivio Italiano di Urologia e Andrologia

Founded in 1924
by:
G. Nicolich
U. Gardini
G.B. Lasio

Indexed in
Medline/Index Medicus
EMBASE/Excerpta Medica
Medbase/Current Opinion
SIIC Data Base

Urological and Andrological Sciences

Official Journal of the SIEUN

Società
Italiana di
Ecografia
Urologica
Nefrologica e
andrologica

XVI Congresso Nazionale Società Italiana di Urologia Oncologica (S.I.Ur.O.)

30 Novembre - 3 Dicembre 2006 - Genova

Raffaele Tenaglia
Presidente S.I.Ur.O

Francesco Boccardo
Presidente del Congresso

Official Journal of the SIUrO

Società Italiana di Urologia Oncologica

Periodico trimestrale - Spedizione in abbonamento postale - 45% - art. 2 comma 20/B legge 662/96 - Milano

XVI CONGRESSO NAZIONALE
SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA ONCOLOGICA (S.I.Ur.O.)

Main Topic: I Tumori del Testicolo e del Pene

Presidente S.I.Ur.O.: Prof. Raffaele Tenaglia

Presidente del Congresso: Prof. Francesco Boccardo

Genova, 30 Novembre - 3 Dicembre 2006

Sede del Congresso

Genova Cotone Congressi
Ingresso Sala Maestrale - Modulo 10 - Porto Antico - 16128 Genova

Consiglio Direttivo e Scientifico S.I.Ur.O.

Presidente
Raffaele Tenaglia

Vice Presidente
Gigliola Sica

Past President
Giuseppe Martorana

Segretario e Tesoriere
Alessandro Bertaccini

Consiglieri
Enrico Bollito, Sergio Bracarda, Giario Conti, Francesco Ferraù,
Alberto Lapini, Salvatore Siracusano, Riccardo Valdagni

Comitato Scientifico Congresso di Genova 2006

Presidente
Francesco Boccardo

Enrico Bollito
Sergio Bracarda
Giario Conti
Giovanni Rosti
Roberto Salvioni
Gigliola Sica

Comitato Scientifco locale

Presidenti
Giorgio Carmignani
Paolo Puppo

Cecilia Balbi
Walter Bozzo
Fulvio Brema
Elisabetta Campora
Carlo Corbu
Renzo Corvò
Carlo Introini
Massimo Maffezzini
Paolo Pronzato
Alessandra Rubagotti

Con l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica

Con il Patrocinio di:

Regione Liguria

Provincia di Genova

Comune di Genova

Università degli Studi di Genova

Ordine Provinciale dei Medici Chirurgi e degli Odontoiatri di Genova

Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova – I.S.T.

Associazione Italiana di Oncologia Medica - A.I.O.M.

Società Italiana di Urologia S.I.U.

Società di Urologia dell'Italia Centro Meridionale e delle Isole – S.U.IC.M.I.

Società Italiana di Radiologia Oncologica - A.I.R.O.

Società Italiana di Andrologia – S.I.A

Gruppo Italiano di Uropatologia – G.i.u.p

Associazione Urologi Italiani – A.U.R.O

Società Italiana di Psiconcologia – S.I.P.O.

Studi Avanzati Malattie Urologiche – S.A.M.U.R. – onlus

Il saluto del Presidente del Congresso: "Rieccoci a Genova"

Cari Colleghi,

è per me un piacere, oltre che un onore, darvi il benvenuto al XVI Congresso SIUrO. Dopo 16 anni, il Congresso Nazionale della nostra Società torna nella nostra città che gli eventi celebrativi e culturali, che si sono succeduti in questi anni (dalle"Colombiane" a "Genova Capitale Europea della cultura 2004"), unitamente ad una intelligente opera di ristrutturazione, hanno riportato agli antichi splendori che le valsero l'appellativo di "Superba".
Sono sicuro che in questa rinnovata veste, Genova saprà offrire una degna cornice a questo appuntamento annuale, che ormai rappresenta un "must" tra i congressi ***multispecialistici*** *dedicati ai tumori urologici e un vero "forum" per i cultori delle discipline interessate a questo settore della patologia urologica.*
Anche in questa occasione, i colleghi del Comitato Scientifico e del Consiglio Direttivo hanno saputo mettere a punto un programma accattivante, chiamando gli esperti più qualificati a livello nazionale ed internazionale a dibattere insieme a Voi le problematiche più attuali e rilevanti. A tutti loro va il mio personale ringraziamento così come a tutti coloro che hanno contribuito a realizzare questo Congresso. Un particolare ringraziamento va ai relatori, ai moderatori e a tutti i colleghi che hanno inviato contributi scientifici, che sono parte integrante e qualificante dell'agenda dei lavori.
Quest'anno il "fil rouge" del Congresso è rappresentato dai tumori del testicolo e del pene. Tuttavia ampi spazii saranno dedicati ai più recenti progressi in campo clinico e sperimentale, nell'ambito di tutti i tumori urologici. Ci sarà inoltre spazio per una sessione aperta al pubblico, con al centro "i protagonisti": loro, i pazienti, e questa non sara' l'unica novita'……Ampi spazi sono infine dedicati ai Corsi pre-Congressuali e ai lavori dei maggiori Gruppi di studio italiani.
Sperando di potere bissare il successo dei Congressi precedenti, vi ringrazio per la partecipazione numerosa e vi auguro buon lavoro e buona permanenza a Genova.

Francesco Boccardo
Presidente del Congresso

Il saluto del Presidente Prof. Raffaele Tenaglia

Un Congresso S.I.Ur.O a Genova è di per sé un evento, un ritorno alle radici, alla fonte della intuizione tuttora modernissima, solo in parte esplorata, di una Società plurale, multiculturale. Per la prima volta siamo usciti dalla nostra Società, scientificamente, per incontrarci con chi, come noi, da altri versanti ed altri percorsi, si occupa dello stesso problema: il cancro. Allarghiamo tutti i nostri orizzonti, come richiamavano i professori Giuliani e Santi.
La vita della Società è stata animata, in questi anni, da tanti studiosi appassionati che ne hanno decretata la crescita. Tappe di rilievo sono state raggiunte.
Adesso siamo ad inaugurare un triennio di nuovi slanci, nella direzione tracciata, nella prosecuzione del lavoro fatto, per raggiungere alcuni obiettivi fondamentali.
Tra questi:
- *la Regionalizzazione della Società e corsi Educational annuali*
- *la divulgazione delle conoscenze di base sulle neoplasie urologiche a cominciare dalla* "Giornata nazionale sul cancro della prostata*"*
- *i Registri Tumori Urologici. Data- base uro-oncologico*
- *la riforma della Società con aggiornamento verso la sua ulteriore Modernizzazione;*
- *il coinvolgimento degli Enti pubblici e privati nello sviluppo e nel sostegno delle nostre problematiche a cominciare dagli screening e dalla Ricerca di Base ed alle Associazioni Malati Tumori Urologici.*

L'invito a partecipare vivamente e in modo interattivo al Congresso di Genova può rappresentare per molti un nuovo approccio alla nostra Società ed ad un inserimento dinamico e fattivo al suo interno. Infine molto punteremo, con il nuovo Consiglio Direttivo eletto a Taormina, di grande spessore umano e scientifico, al radicamento della Società per svilupparla esaltandone la parte dinamica per dare certezze e risposte pronte ed adeguate ai soci ed alle Istituzioni sanitarie.
A vederci a Genova.

Raffaele Tenaglia
Presidente SIUrO

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Giovedì 30 novembre 2006

Sala Libeccio

11.00 - 12.30 **Corso pre-congressuale - Testicolo: Sviluppo embrionale ed aspetti ormonali**[**]

Moderatori: *Tenaglia Raffaele (Chieti), Sica Gigliola (Roma)*

Basi morfologiche e molecolari dello sviluppo del testicolo
Relatore: *Sica Gigliola (Roma)*

Ormoni e sviluppo gonadico: correlati clinici
Relatore: *Monaco Fabrizio (Chieti)*

Ipossia e sterilità
Relatore: *Verratti Vittore (Chieti)*

Discussione

Sala Ponente

11.00 - 14.00 **Corso pre-congressuale - Diagnostica ecografica e biopsia prostatica (S.I.E.U.N. - P.B.I.C. - Prostate Biopsy Italian Club)**

Introduzione al Corso: *Martorana Giuseppe (Bologna)*, *Virgili Guido (Roma)*

I^a^ sessione: il tumore della prostata

Moderatori: *Vespasiani Giuseppe (Roma), Martino Pasquale (Bari)*

L'ecografia trans-rettale: quale ruolo oggi?
Relatore: *Martino Pasquale (Bari)*

Studio morfo-funzionale dello sfintere nei candidati alla RP
Relatore: *Miano Roberto (Roma)*

Le biopsie prostatiche: vie di accesso a confronto
Relatore: *Scattoni Vincenzo (Milano)*

Numero e sede delle biopsie: esiste un gold standard?
Relatore: Consonni Paolo (Castellanza)

La biopsia prostatica: modalità di invio ed allestimento del campione
Relatore: *Bufo Pantaleo (Foggia)*

La "re-biopsia": perché, quando, come, quante volte
Relatore: *Fandella Andrea (Varese)*

Discussione

II^a^ sessione: il tumore del pene

Moderatori: *Trombetta Carlo (Trieste)*, *Bertaccini Alessandro (Bologna)*

L'ecografia nei tumori del pene
Relatore: *Mearini Luigi (Perugia)*

Il ruolo dell'ECD nella valutazione del pene operato
Relatore: *Bertolotto Michele (Trieste)*

Lo studio del linfonodo relatore sentinella: metodiche diagnostiche a confronto
Relatore: *Gunelli Roberta (Forlì)*

Discussione

III^a^ sessione: il tumore del testicolo

Moderatori: *Belgrano Emanuele (Trieste), Consonni Paolo (Castellanza)*

Diagnosi ecografica: come evitare potenziali tranelli
Relatore: *Pavlica Pietro (Bologna)*

Utilità dell'ecografia intraoperatoria e intralaparoscopica
Relatore: *Trombetta Carlo (Trieste)*

Imaging ecografico e non per la stadiazione di malattia
Relatore: *Liguori Giovanni (Trieste)*

***Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi.*
Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV

Follow-up ecografico: metodica, potenzialità e limiti: dove e come cercare
Relatore: *Paoni Angela (Sassari)*

Discussione e Conclusioni
Relatore: *Virgili Guido (Roma)*

Sala Levante

12.30 - 14.00 **Corso pre-congressuale - Brachiterapia in Italia: stato dell'arte e prospettive future**

Moderatori: *Maffezzini Massimo (Genova)*

Introduzione Generale, dati della Letteratura e presentazione del Gruppo Italiano Collaborativo di Brachiterapia
Relatore: *Nava Luciano (Milano)*

Selezione dei pazienti, indicazioni TNM e Nomogrammi
Relatore: *Morgia Giuseppe (Sassari)*

Caratteristiche delle Sorgenti
Relatore: *Mangili Paola (Milano)*

Tecnica di impianto
Relatori: *Nava Luciano (Milano), Vavassori Andrea (Milano)*

Controllo di Qualità e Post-Planning
Relatori: *Vavassori Andrea (Milano), Mangili Paola (Milano)*

Aspetti Burocratici, Economici, DRG Regionali e costi
Relatore: *Severini Giuseppe (Bologna)*

Studi di Qualità della Vita
Relatori: *Fellin Giovanni (Trento), Caffo Orazio (Trento)*

Il Follow-up Oncologico
Relatore: *Maffezzini Massimo (Genova)*

Discussione e Conclusioni

Sala Libeccio

12.30 - 13.30 **Corso interattivo pre-congressuale - Tumori primitivi rari del testicolo e terapia conservativa****

Moderatori: *Colombo Renzo (Milano)*, *Salvioni Roberto (Milano)*

Relatori: *Colombo Renzo (Milano), Salvioni Roberto (Milano)*
Da Pozzo Luigi Filippo (Milano), Spreafico Carlo (Milano)

13.30 - 14.30 **Lunch**

Sala Scirocco

14.00 - 15.30 **Video Miscellanea**

Moderatori: Manferrari Fabio (Bologna), *Aragona Carlo (Messina)*

Sala Libeccio

14.00 - 15.30 **Comunicazioni - Vescica e via escretrice superiore**

Moderatori: *Medica Mauro (Sestri Levante)*, *Grillo Filippo (Genova)*

Sala Levante

14.00 - 15.30 **Comunicazioni CA della prostata**

Moderatori: Giberti Claudio (Genova), *Arcangeli Giorgio (Roma)*

Sala Ponente

14.00 - 15.30 **Comunicazioni - CA della prostata**

Moderatori: *Varaldo Marco (Genova), Sertoli M. Roberto (Genova)*

***Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi.*
Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV

Sala Scirocco

15.30 - 16.30 **Simposio Satellite - Novità in tema di carcinoma superficiale della vescica (Eli Lilly)**

Moderatore: *De Berardinis Ettore (Roma)*

Punti fermi e questioni aperte nel trattamento del CSV
Relatore: *Altieri Vincenzo (Napoli)*

Novità terapeutiche nella ripresa di malattia
Relatore: *Bartoletti Riccardo (Firenze)*

Discussione caso clinico 1
Relatore: *Conti Giario (Como)*

Discussione caso clinico 2
Relatore: *Gontero Paolo (Novara)*

Sala Libeccio

15.30 - 16.00 **Simposio Satellite - Deprivazione androgenica e livelli di testosterone nel carcinoma prostatico: quantità o qualità? (Astellas)**

Presenter: *Tenaglia Raffaele (Chieti)*

Relatore: *Bracarda Sergio (Perugia)*

Sala Libeccio

16.00 - 16.30 **Meet the Professor - Le metastasi ossee: un problema da non sottovalutare (Novartis)**

Presenter: *Pappagallo Giovanni (Noale)*

Relatore: *De Cobelli Ottavio (Milano)*

Sala Scirocco

16.30 - 17.15 **Simposio Satellite - La termochemioterapia: una realtà clinica nel carcinoma superficiale della vescica (Synergo Medical Enterprises)**

Moderatore: *Colombo Renzo (Milano)*

Introduzione
Relatore: *Colombo Renzo (Milano)*

Termochemioterapia vescicale nel carcinoma in situ
Relatore: *Colombo Renzo (Milano)*

Esperienza europea, con e senza terapia di mantenimento
Relatore: *Maffezzini Massimo (Genova)*

Termochemioterapia del carcinoma superficiale della vescica non-responsivo
Relatore: *Bassi Pier Francesco (Roma)*

Discussione
Relatori: *Colombo Renzo (Milano), Bassi PierFrancesco (Roma), Maffezzini Massimo (Genova), De Cobelli Ottavio (Milano), Serretta Vincenzo (Palermo), Conti Giario (Como)*

Sala Libeccio

16.30 - 17.30 **Simposio Satellite - Carcinoma della prostata: differenti approcci ormonali, differenti costi biologici (Astra Zeneca)**

Moderatore: *Vespasiani Giuseppe (Roma)*
Relatori: *Fabbri Andrea (Roma), Spatafora Sebastiano (Reggio Emilia)*

Sala Maestrale

17.30 – 18.45 **Cerimonia inaugurale - Apertura dei lavori**

Sala Maestrale

18.45 – 19.15 **Giuliani Lecture - Tumori del pene**

Presenter: *Boccardo Francesco (Genova)*

Relatore: *Carmignani Giorgio (Genova)*

Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV

Sala Maestrale

19.15 – 19.45 **Lettura Magistrale - Tumori germinali del testicolo: lezioni del passato e prospettive future****

Presenter: *Tenaglia Raffaele (Chieti)*
Relatore: *Pizzocaro Giorgio (Milano)*

20.30 **Cocktail di benvenuto**

Venerdì 1 dicembre 2006

Sala Levante

08.30 – 15.30 **Corso per infermieri - Registrazione e test preliminare per ECM**
Introduzione al corso

Relatori: *Boccardo Francesco (Genova), Tenaglia Raffaele (Chieti)*
Sasso Loredana (Genova)

Sessione IA: i tumori del pene e del testicolo

Moderatori: *Sasso Loredana (Genova), La Sala Maria Teresa (Torino)*

Patologia dei Tumori urologici: testicolo e pene
Relatore: *Brizio Rodolfo (Cuneo)*

Aggiornamento in urologia oncologica: aspetti clinici dei tumori del testicolo e del pene
Relatore: *Siracusano Salvatore (Trieste)*

Comunicazione con il paziente oncologico
Relatore: *Carpanelli Ivana (Genova)*

Discussione

Break

Sessione IB: i tumori del pene e del testicolo

Preparazione del paziente all'intervento
Relatore: *Mandato Amedeo (La Spezia)*

Rischio biologico in Sala Operatoria
Relatore: *Spanò Anna Rita (Chieti)*

L'infermiere e lo strumentista in chirurgia open
Relatore: *Coda Zabetta Debora (Torino)*

L'infermiere e lo strumentista in chirurgia laparoscopica ed endoscopica
Relatore: *De Melas Christian (Orbassano)*

L'assistenza post operatoria
Relatori: *Salesiani Vanessa (Genova)*

Assistenza domiciliare in paziente con problemi uro-oncologici
Relatore: *La Sala Maria Teresa (Torino)*

Dimissione protetta in paziente con problemi uro-oncologici
Relatore: *Pellegrini Walter (Orbassano)*

Sessione II: tecniche infermieristiche in urologia oncologica

Moderatori: *Porcu Giuseppe (Genova)*, *Carpanelli Ivana (Genova)*

Il cateterismo uretrale: indicazioni, tecniche e procedure
Relatori: *Emili Laura (Genova), Ferraris Angela (Genova)*

L'infermiere in urodinamica
Relatore: *Gavina Piras (Genova)*

La gestione delle urostomie
Relatore: *Enzo Federico (Trieste)*

Riabilitazione sessuale
Relatore: *Sanseverino Cinzia (Orbassano)*

Discussione e conclusioni del Moderatore
Relatore: *Carpanelli Ivana (Genova)*

Test conclusivo per ECM

*** Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi.*
Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV

Sala Maestrale

08.30 - 09.45 **I Tumori del testicolo - Corso - Epidemiologia e Anatomia Patologica****

Moderatori: *Belgrano Emanuele (Trieste)*, *Patriarca Carlo (Melegnano)*

Epidemiologia
Relatore: *Gatta Gemma (Milano)*

Schemi classificativi e patogenesi
Relatore: *De Matteis Anna (Roma)*

Fattori Prognostici
Relatore: *Mikuz Gregor (Innsbruck)*

TIN: lesione evolutiva o no?
Relatore: *Bollito Enrico (Orbassano)*

Discussione

Sala Maestrale

09.45 - 10.45 **I Tumori del testicolo - Corso - Stadiazione, imaging, marker, classificazioni prognostiche****

Moderatori: *Pavlica Pietro (Bologna), Puppo Paolo (Genova)*

Imaging
Relatore: *Neumaier Carlo (Genova)*

Classi di rischio
Relatore: *De Giorgi Ugo (Lecce)*

PET: istruzioni per l'uso
Relatore: *Farsad Mohsen (Bologna)*

10.45 - 11.00 **Break**

Sala Maestrale

11.00 - 12.30 **Tavola Rotonda:Trattamento dei tumori del testicolo al I e II stadio**

Moderatori: *Martorana Giuseppe (Bologna), Vitale Vito (Genova)*

Il punto di vista dell'urologo
Relatore: *Nicolai Nicola (Milano)*

Il punto di vista del radioterapista
Relatore: *Tana Silvia (Milano)*

Il punto di vista dell'oncologo medico
Relatore: *Ferraù Francesco (Taormina)*

Int. preordinato. La linfadenectomia retroperitoneale laparoscopica: esperienza triestina e revisione della letteratura
Relatore: *Siracusano Salvatore (Trieste)*

Caso clinico 1
Relatore: *Tomasello Laura (Genova)*

Caso clinico 2
Relatore: *Barra Salvina (Genova)*

Sala Maestrale

12.30 - 13.45 **Advanced course - Il carcinoma della prostata**

Moderatori: *Boccardo Francesco (Genova)*, *Valdagni Riccardo (Milano)*

Diagnosi, PSA, terapia chirurgica
Relatore: *Bertaccini Alessandro (Bologna)*

I Trial RTOG
Relatore: *Roach III Mack (San Francisco)*

Ca ormonorefrattario
Relatore: *Cortesi Enrico (Roma)*

13.45 - 14.45 **Lunch**

*** Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi.*
Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV

Sala Maestrale

14.45 - 15.30 **Lettura SIU - Il ruolo della SIU nella gestione del malato oncologico**

Presenter: Tenaglia Raffaele *(Chieti)*
Relatore: Mirone Vincenzo *(Napoli)*

Sala Scirocco

15.30 - 16.30 **Video - Pene**

Moderatori: *Morgia Giuseppe (Sassari)*, *Frea Bruno (Udine)*

Sala Libeccio

15.30 - 16.30 **Comunicazioni Selezionate - Terapia medica e Ricerca sperimentale**

Moderatori: *Criniti Pasquale (Chieti), Balbi Cecilia (Genova), Bracarda Sergio (Perugia), Palumbo Camilla (Roma), Angelucci Domenico (Chieti)*

Sala Levante

15.30 - 16.30 **Comunicazioni - Tumori del rene**

Moderatori: *Battaglia Michele (Bari), Bollito Enrico (Torino)*

Sala Ponente

15.30 - 16.30 **Comunicazioni - Tumori del pene e del testicolo**

Moderatori: *Jacobelli Stefano (Chieti)*, *Simonato Alchiede (Genova)*

Area Poster

15.30 - 16.30 **Poster Meet the Author**

Moderatori: *Rubagotti Alessandra (Genova), Ponchietti Roberto (Firenze), Boccafoschi Carmelo (Alessandria), Licastro Federico (Bologna) Iantorno Romina (Chieti), Cinzia Caroti (Genova), Nuzzo Antonello (Lanciano), Bozzo Walter (Pietra Ligure), Marziano Corrado (Savona)*

16.30 - 18.00 **Sala Maestrale - Workshop - Tumori del testicolo in fase avanzata**

Moderatori: *Cognetti Francesco (Roma), Francini Guido (Siena)*

I pazienti a buona prognosi
Relatore: *Sperandio Paola (Padova)*

Cattiva prognosi e salvataggio
Relatore: *Rosti Giovanni (Ravenna)*

New drugs
Relatore: *Gasparini Gian Pietro (Roma)*

Caso clinico 1
Relatore: *Cassata Antonio (Genova)*

Caso clinico 2
Relatore: *Fornarini Giuseppe (Genova)*

18.00 - 19.15 **Sala Maestrale - Workshop - Il trattamento delle masse residue**

Moderatori: *Selvaggi Francesco (Bari)*, *Rosti Giovanni (Ravenna)*

Come selezionare le lesioni da trattare. Esiste un ruolo per Imaging e PET?
Relatore: *Chierichetti Franca (Treviso)*

Ruolo della chirurgia
Relatore: *Fontana Dario (Torino)*

Ruolo della radioterapia
Relatore: *Arcangeli Giorgio (Roma)*

Caso clinico 1
Relatore: *Naselli Angelo (Genova)*

Caso clinico 2
Relatore: *Guglielmini Pamela (Genova)*

19.15 - 19.30 **Compilazione questionario ECM**

21.00 **Cena di gala**

Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV

Sabato 2 dicembre 2006

08.15 - 08.30 **Compilazione questionario ECM**

Sala Maestrale

08.30 - 09.45 **Corso - Ricerca di base: Tumori del Testicolo****

Moderatori: *Sica Gigliola (Roma)*, *Lapini Alberto (Firenze)*

Ruolo degli steroidi, dei fattori di crescita e dei loro recettori
Relatore: *Sica Gigliola (Roma)*

La sindrome da disgenesia testicolare: aspetti genetici e molecolari
Relatore: *Zuccarello Daniela (Padova)*

Gene Kit e recettore Kit: significato biologico e prospettive terapeutiche
Relatore: *Palumbo Camilla (Roma)*

OCT 3/4 nell'identificazione di cellule neoplastiche nelle disgenesie gonadiche
Relatore: *Looijenga Leendert H.J. (Rotterdam)*

Discussione

Sala Maestrale

09.45 - 10.45 **Corso - Tumori del pene: epidemiologia anatomia patologica, stadiazione e fattori prognostici****

Moderatori: *Truini Mauro (Genova), Fandella Andrea (Treviso)*

Epidemiologia
Relatore: *Patriarca Silvia (Torino)*

Anatomia patologica
Relatore: *Algaba Ferran (Barcellona)*

Stadiazione e fattori prognostici
Relatore: *Ficarra Vincenzo (Verona)*

10.45 - 11.00 **Break**

Sala Maestrale

11.00 - 11.45 **Lettura AURO - Il follow up nei tumori germinali del testicolo**

Presenter: *Muto Giovanni (Torino)*

Relatori: *Conti Giario (Como),Salvioni Roberto (Milano)*

Sala Maestrale

11.45 - 13.15 **Advanced course - Il carcinoma del rene****

Moderatori: *Bracarda Sergio (Perugia), Pagliarulo Arcangelo (Bari)*

Anatomia patologica
Relatore: *Tardanico Regina (Brescia)*

Problematiche Chirurgiche
Relatore: *Carini Marco (Firenze)*

La terapia medica
Relatore: *Bracarda Sergio (Perugia)*

13.15 - 14.15 **Lunch**

Sala Maestrale

14.30 - 15.15 **Lettura Magistrale - In memoria del Dr. Demetrio Del Monaco**

Presenter: *Boccardo Francesco (Genova)*

Il ruolo della radioterapia nel trattamento dei tumori del testicolo
Moderatore: *Valdagni Riccardo (Milano)*

Relatore: *Roach III Mack (San Francisco)*

*** Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi.*
Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV

Sala Scirocco

15.15 - 16.15 **Video - Miscellanea**

Moderatori: *Bianchi Giampaolo (Modena)*, *Prezioso Domenico (Napoli)*

Sala Libeccio

15.15 - 16.15 **Comunicazioni Selezionate - Terapia radiante e Terapia chirurgica**

Moderatori: *Valdagni Riccardo (Milano)*, *Scattoni Vincenzo (Milano), Austoni Edoardo (Milano), Fellin Giovanni (Trento), Porena Massimo (Perugia)*

Sala Levante

15.15 - 16.15 **Comunicazioni - CA della Prostata**

Moderatori: *Di Lallo Alessandra (Campobasso)*, *Pavone Macaluso Michele (Palermo)*

15.15 - 16.15 **Area Poster - Poster Meet the Author**

Moderatori: *Balbi Cecilia (Genova), Arcangeli Giorgio (Roma), Di Stasi Savino M. (Roma), Motta Mario (Catania), Iacopino Fortunata (Roma), Folco Ugo (Pietra Ligure), Severini Giuseppe (Bologna), Zezza Andrea (Chieti)*

Sala Maestrale

16.15 - 17.15 **Workshop - Trattamento conservativo dei tumori del pene**

Moderatori: *Corvò Renzo (Genova), Altieri Vincenzo (Napoli)*

Laser/VBM
Relatore: *Bandieramonte Gaetano (Milano)*

RT/Brachiterapia
Relatore: *Pizzi Gianbeppe (Mestre)*

Caso clinico 1
Relatore: *Curotto Antonio (Genova)*

Caso clinico 2
Relatore: *Introini Carlo (Genova)*

Sala Maestrale

17.15 - 18.15 **Workshop - Chirurgia e chemioterapia dei tumori del pene**

Moderatori: *Maffezzini Massimo (Genova)*, *Salvioni Roberto (Milano)*

Linfadenectomia (N sentinella incluso)
Relatore: *Piva Luigi (Milano)*

Trattamento della malattia localmente avanzata e metastatica
Relatore: *Lo Russo Vito (Lecce)*

Caso clinico 1
Relatore: *Romagnoli Andrea (Genova)*

Caso clinico 2
Relatore: *Tacchini Laura (Genova)*

Sala Maestrale

18.15 - 18.45 **Lettura Magistrale - I linfonodi in Urologia**

Presenter: *Martorana Giuseppe (Bologna)*

Relatore: *Tenaglia Raffaele (Chieti)*

18.45 - 19.00 **Compilazione questionario ECM**

Sala Maestrale

19.00 - 20.00 **Seduta amministrativa**

Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV

Domenica 3 dicembre 2006

08.15 - 08.30 **Compilazione questionario ECM**

Sala Maestrale

08.30 - 09.15 **Tavola rotonda - Immunoterapia e CA della prostata**

Presenter: *Bono Aldo Vittorio (Varese)*

Moderatori: *Sica Gigliola (Roma), Valdagni Riccardo (Milano)*

Immunoterapia con vaccini cellulari umani
Relatore: *Matera Lina (Torino)*

Vaccinazione con multipeptidi nel CA prostatico
Relatore: *Parmiani Giorgio (Milano)*

Discussione

Sala Maestrale

09.15 –10.30 **Corso - Fertilità e Qualità della Vita**

Moderatori: *De Rose Aldo (Genova), Pavone Macaluso Michele (Palermo)*

Fertilità
Relatore: *Carmignani Luca (Milano)*

QoL
Relatore: *Fossa D. Sophie (Oslo)*

Tumore del testicolo: aspetti psicologici
Relatore: *Morasso Gabriella (Genova)*

Int. preord. Correlazioni tra qualità del liquido seminale, istotipo e follow up
Relatore: *Muzzonigro Giovanni (Ancona)*

10.30 - 10.45 **Break**

Sala Maestrale

10.45 - 12.15 **Advanced course - I tumori uroteliali**

Moderatori: *Rocco Francesco (Milano), Dogliotti Luigi (Orbassano)*

Tumori superficiali
Relatore: *Serretta Vincenzo (Palermo)*

Terapie multimodali
Relatore: *Passalacqua Rodolfo (Cremona)*

Malattia avanzata
Relatore: *Cruciani Giorgio (Lugo)*

Sala Maestrale

12.15 - 13.15 **Sessione aperta al pubblico - Il Cancro del Testicolo: una malattia che si può sconfiggere. Storie di vita "vissuta"**

Presenter: *Boccardo Francesco (Genova)*

Moderatori: *Mereta Federico (Giornalista Scientifico - Genova), Chighine Maria (Presidente Conferenza Centri Tutela Diritti del Malato, Regione Liguria)*

Premiazione delle migliori comunicazioni poster e video
Boccardo Francesco, Tenaglia Raffaele

13.45 - 14.00 **Compilazione questionario ECM**

Sala Maestrale

14.00 - 14.15 **Cerimonia di chiusura**

Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV

ELENCO RELATORI E MODERATORI

Algaba Ferran *(Barcelona)*
Altieri Vincenzo *(Napoli)*
Angelucci Domenico *(Chieti)*
Aragona Carlo *(Messina)*
Arcangeli Giorgio *(Roma)*
Austoni Edoardo *(Milano)*
Balbi Cecilia *(Genova)*
Bandieramonte Gaetano *(Milano)*
Barra Salvina *(Genova)*
Bartoletti Riccardo *(Firenze)*
Bassi PierFrancesco *(Roma)*
Battaglia Michele *(Bari)*
Belgrano Emanuele *(Trieste)*
Bertaccini Alessandro *(Bologna)*
Bertolotto Michele *(Trieste)*
Bianchi Giampaolo *(Modena)*
Boccafoschi Carmelo *(Alessandria)*
Boccardo Francesco *(Genova)*
Bollito Enrico *(Orbassano)*
Bono Aldo Vittorio *(Varese)*
Bozzo Walter Pietra *(Ligure)*
Bracarda Sergio *(Perugia)*
Brizio Rodolfo *(Cuneo)*
Bufo Pantaleo *(Foggia)*
Caffo Orazio *(Trento)*
Carini Marco *(Firenze)*
Carmignani Giorgio *(Genova)*
Carmignani Luca *(Milano)*
Caroti Cinzia *(Genova)*
Carpanelli Ivana *(Genova)*
Cassata Antonio *(Genova)*
Chierichetti Franca *(Treviso)*
Chighine Maria *(Genova)*
Coda Zabetta Debora *(Torino)*
Cognetti Francesco *(Roma)*
Colombo Renzo *(Milano)*
Consonni Paolo *(Castellanza)*
Conti Giario *(Como)*
Cortesi Enrico *(Roma)*
Corvò Renzo *(Genova)*
Criniti Pasquale *(Chieti)*
Cruciani Giorgio *(Lugo)*
Curotto Antonio *(Genova)*
Da Pozzo Luigi Filippo *(Milano)*
De Berardinis Ettore *(Roma)*
De Cobelli Ottavio *(Milano)*
De Giorgi Ugo *(Lecce)*
De Matteis Anna *(Roma)*
De Melas Christian *(Orbassano)*
De Rose Aldo *(Genova)*
Di Lallo Alessandra *(Campobasso)*
Di Stasi Savino M. *(Roma)*
Dogliotti Luigi *(Orbassano)*
Emili Laura *(Genova)*
Enzo Federico *(Trieste)*
Fabbri Andrea *(Roma)*
Fandella Andrea *(Treviso)*
Farsad Mohsen *(Bologna)*
Fellin Giovanni *(Trento)*
Ferraris Angela *(Genova)*
Ferraù Francesco *(Taormina)*
Ficarra Vincenzo *(Verona)*
Fimmano Luca *(Genova)*
Folco Ugo Pietra *(Ligure)*
Fontana Dario *(Torino)*
Fornarini Giuseppe *(Genova)*
Fossa Sophie *(Oslo)*
Francini Guido *(Siena)*
Frea Bruno *(Novara)*
Gasparini Gian Pietro *(Roma)*
Gatta Gemma *(Milano)*
Gavina Piras *(Genova)*
Giberti Claudio *(Genova)*
Gontero Paolo *(Novara)*
Grillo Filippo *(Genova)*
Guglielmini Pamela *(Genova)*
Gunelli Roberta *(Forlì)*
Iacopino Fortunata *(Roma)*
Iantorno Romina *(Chieti)*
Introini Carlo *(Genova)*
Jacobelli Stefano *(Chieti)*
La Sala Maria Teresa *(Torino)*
Lapini Alberto *(Firenze)*
Licastro Federico *(Bologna)*
Liguori Giovanni *(Trieste)*
Lo Russo Vito *(Lecce)*
Looijenga Leendert H.J. *(Rotterdam)*
Maffezzini Massimo *(Genova)*
Mandato Amedeo *(La Spezia)*
Manferrari Fabio *(Bologna)*
Mangili Paola *(Milano)*
Martino Pasquale *(Bari)*
Martorana Giuseppe *(Bologna)*
Marziano Corrado *(Savona)*
Matera Lina *(Torino)*
Mearini Luigi *(Perugia)*
Medica Mauro *(Sestri Levante)*
Mereta Federico *(Genova)*
Miano Roberto *(Roma)*
Mikuz Gregor *(Innsbruck)*
Mirone Vincenzo *(Napoli)*
Monaco Fabrizio *(Chieti)*
Morasso Gabriella *(Genova)*
Morgia Giuseppe *(Sassari)*
Motta Mario *(Catania)*
Muto Giovanni *(Torino)*

Muzzonigro Giovanni *(Ancona)*
Naselli Angelo *(Genova)*
Nava Luciano *(Milano)*
Neumaier Carlo *(Genova)*
Nicolai Nicola *(Milano)*
Nuzzo Antonello *(Lanciano)*
Pagliarulo Arcangelo *(Bari)*
Palumbo Camilla *(Roma)*
Paoni Angela *(Sassari)*
Pappagallo Giovanni *(Noale)*
Parmiani Giorgio *(Milano)*
Passalacqua Rodolfo *(Cremona)*
Patriarca Carlo *(Melegnano)*
Patriarca Silvia *(Torino)*
Pavlica Pietro *(Bologna)*
Pavone M. Michele *(Palermo)*
Pellegrini Walter *(Orbassano)*
Piva Luigi *(Milano)*
Pizzi Gianbeppe *(Mestre)*
Pizzocaro Giorgio *(Milano)*
Ponchietti Roberto *(Firenze)*
Porcu Giuseppe *(Genova)*
Porena Massimo *(Perugia)*
Prezioso Domenico *(Napoli)*
Puppo Paolo *(Genova)*
Roach III Mack *(San Francisco)*
Rocco Francesco *(Milano)*
Romagnoli Andrea *(Genova)*
Rosti Giovanni *(Ravenna)*
Rubagotti Alessandra *(Genova)*
Salesiani Vanessa *(Genova)*
Salvioni Roberto *(Milano)*
Sanseverino Cinzia *(Orbassano)*
Sasso Loredana *(Genova)*
Scattoni Vincenzo *(Milano)*
Selvaggi Francesco P. *(Bari)*
Serretta Vincenzo *(Palermo)*
Sertoli M. Roberto *(Genova)*
Severini Giuseppe *(Bologna)*
Sica Gigliola *(Roma)*
Simonato Alchiede *(Genova)*
Siracusano Salvatore *(Trieste)*
Spanò Anna Rita *(Chieti)*
Spatafora Sebastiano *(Reggio Emilia)*
Sperandio Paola *(Padova)*
Spreafico Carlo *(Milano)*
Tacchini Laura *(Genova)*
Tana Silvia *(Milano)*
Tardanico Regina *(Brescia)*
Tenaglia Raffaele *(Chieti)*
Tomasello Laura *(Genova)*
Trombetta Carlo *(Trieste)*
Truini Mauro *(Genova)*
Valdagni Riccardo *(Milano)*
Varaldo Marco *(Genova)*
Vavassori Andrea *(Milano)*
Verratti Vittore *(Chieti)*
Vespasiani Giuseppe *(Roma)*
Virgili Guido *(Roma)*
Vitale Vito *(Genova)*
Zezza Andrea *(Chieti)*
Zuccarello Daniela *(Padova)*

TIMETABLES

Giovedì, 30 novembre 2006

	Maestrale plenaria	Scirocco	Libeccio	Levante	Ponente
10,30 - 10.45	**Inizio Registrazione**				
10.45 - 11.00					
11,00 - 11,15			Corso Precongressuale Testicolo: sviluppo embrionale ed aspetti ormonali**		Corso Precongressuale Diagnostica ecografica e biopsia prostatica (S.I.E.U.N.- P.B.I.C.- Prostate Biopsy Italian Club)
11,15 - 11,30					
11,30 - 11,45					
11,45 - 12,00					
12,00 - 12,15					
12,15 - 12,30					
12,30 - 12,45			Corso Precongressuale Terapia conservativa del tumore primitivo del testicolo**	Corso Precongressuale Brachiterapia in Italia: stato dell'arte e prospettive future	
12,45 - 13,00					
13,00 - 13,15					
13,15 - 13,30					
13,30 - 13,45	**Lunch Time**				
13,45 - 14,00					
14,00 - 14,15		Video Miscellanea	Comunicazioni Vescica e via escretrice superiore	Comunicazioni CA della prostata	Comunicazioni CA della prostata
14,15 - 14,30					
14,30 - 14,45	Riunione comitati regionali SIUrO				
14,45 - 15,00					
15,00 - 15,15					
15,15 - 15,30					
15,30 - 15,45		Simposio Novità in tema di carcinoma superficiale della vescica (Eli Lilly)	Simposio Deprivazione androgenica e livelli di testosterone nel CA prostatico: quantità o qualità (Astellas)		
15,45 - 16,00					
16,00 - 16,15			Meet the Professor Le metastasi ossee: un problema da non sottovalutare (Novartis)		
16,15 - 16,30					
16,30 - 16,45		Simposio La termochemioterapia: una realtà clinica nel carcinoma superficiale della vescica (Synergo Medical Enterprises)	Simposio Carcinoma della prostata: differenti approcci ormonali, differenti costi biologici (Astra Zeneca)		
16,45 - 17,00					
17,00 - 17,15					
17,15 - 17,30					
17,30 - 17,45	**Cerimonia inaugurale**				
17,45 - 18,00					
18,00 - 18,15					
18,15 - 18,30					
18,30 - 18,45					
18,45 - 19,00	**Giuliani Lecture Tumori del pene**				
19,00 - 19,15					
19,15 - 19,30	**Lettura Magistrale Tumori germinali del testicolo****				
19.30 - 19.45					
19,45 - 20,00					
20,30	**Cocktail di benvenuto**				

***Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi - Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV*

Venerdì, 1 dicembre - Focus on: neoplasie testicolari

	Maestrale plenaria	**Scirocco**	**Libeccio**	**Levante**	**Ponente**	**Area poster**
8,15 - 8,30		*Questionari ECM*				
8,30 - 8,45	Corso I tumori del testicolo, epidemiologia e anatomia patologica**			**Corso infermieri**		
8,45 - 9,00						
9,00 - 9,15						
9,15 - 9,30						
9,30 - 9,45						
9,45 - 10,00	Corso I tumori del testicolo stadiazione, imaging, marker, classificazioni prognostiche**					
10,00 - 10,15						
10,15 - 10,30						
10,30 - 10,45						
10,45 - 11,00	*Break*					
11,00 - 11,15	Tavola rotonda Trattamento dei tumori del testicolo al I e II stadio					
11,15 - 11,30						
11,30 - 11,45						
11,45 - 12,00						
12,00 - 12,15						
12,15 - 12,30						
12,30 - 12,45	Advanced course Il carcinoma della prostata					
12,45 - 13,00						
13,00 - 13,15						
13,15 - 13,30						
13,30 - 13,45						
13,45 - 14,00	*Lunch Time*					
14,00 - 14,15						
14,15 - 14,30						
14,30 - 14,45						
14,45 - 15,00	Lettura SIU Il ruolo della SIU nella gestione del malato oncologico					
15,00 - 15,15						
15,15 - 15,30						
15,30 - 15,45		Video Pene	Comunicazioni selezionate Terapia medica e Ricerca sperimentale	Comunicazioni Tumori del rene	Comunicazioni Tumori del pene e del testicolo	Poster Meet the Author
15,45 - 16,00						
16,00 - 16,15						
16,15 - 16,30						
16,30 - 16,45	Workshop Tumori del testicolo in fase avanzata					
16,45 - 17,00						
17,00 - 17,15						
17,15 - 17,30						
17,30 - 17,45						
17,45 - 18,00						
18,00 - 18,15	Workshop Il trattamento delle masse residue					
18,15 - 18,30						
18,30 - 18,45						
18,45 - 19,00						
19,00 - 19,15						
19,15 - 19,30	*Questionari ECM*					
21,00	**Cena di gala**					

***Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi - Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV*

Sabato, 2 dicembre - Focus on: neoplasie del pene e del testicolo

	Maestrale plenaria	Scirocco	Libeccio	Levante	Area poster
8,15 - 8,30		*Questionari ECM*			
8,30 - 8,45	Corso Ricerca di base: tumori del testicolo**				
8,45 - 9,00					
9,00 - 9,15					
9,15 - 9,30					
9,30 - 9,45					
9,45 - 10,00	Corso Tumori del pene: epidemiologia, anatomia patologica, stadiazione e fattori prognostici**				
10,00 - 10,15					
10,15 - 10,30					
10,30 - 10,45					
10,45 - 11,00	*Break*				
11,00 - 11,15	Lettura AURO Il follow-up nei tumori germinali del testicolo				
11,15 - 11,30					
11,30 - 11,45					
11,45 - 12,00	Advanced course Il carcinoma del rene**				
12,00 - 12,15					
12,15 - 12,30					
12,30 - 12,45					
12,45 - 13,00					
13,00 - 13,15					
13,15 - 13,30	*Lunch Time*				
13,30 - 13,45					
13,45 - 14,00					
14,00 - 14,15					
14,15 - 14,30					
14,30 - 14,45	In Memoria del dottor Demetrio Del Monaco Lettura Magistrale Il ruolo della RT nel trattamento dei tumori del testicolo				
14,45 - 15,00					
15,00 - 15,15					
15,15 - 15,30		Video Miscellanea	Comunicazioni selezionate Terapia radiante e Terapia chirurgica	Comunicazioni CA della prostata	Poster Meet the Author
15,30 - 15,45					
15,45 - 16,00					
16,00 - 16,15					
16,15 - 16,30	Workshop Trattamento conservativo dei tumori del pene - **casi clinici**				
16,30 - 16,45					
16,45 - 17,00					
17,00 - 17,15					
17,15 - 17,30	Workshop Chirurgia e Chemioterapia dei tumori del pene - **casi clinici**				
17,30 - 17,45					
17,45 - 18,00					
18,00 - 18,15					
18,15 - 18,30	Lettura Magistrale Linfonodi in urologia				
18,30 - 18,45					
18,45 - 19,00		*Questionari ECM*			
19,00 - 19,15	**Seduta amministrativa**				
19,15 - 19,30					
19,30 - 19,45					
19.45 - 20,00					

***Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi - Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV*

Domenica, 3 dicembre

Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XLIV

	Maestrale plenaria
8,15 - 8,30	*Questionari ECM*
8,30 - 8,45 8,45 - 9,00 9,00 - 9,15	Tavola rotonda Immunoterapia e CA della prostata
9,15 - 9,30 9,30 - 9,45 9,45 - 10,00 10,00 - 10,15 10,15 - 10,30	Corso Fertilità e qualità della vita
10,30 - 10,45	*Break*
10,45 - 11,00 11,00 - 11,15 11,15 - 11,30 11,30 - 11,45 11,45 - 12,00 12,00 - 12,15	Advanced course I tumori uroteliali
12,15 - 12,30 12,30 - 12,45 12,45 - 13,00 13,00 - 13,15	Sessione aperta al pubblico Il Cancro del testicolo: una malattia che si può sconfiggere. Storie di vita vissute
13,15 - 13,30 13,30 - 13,45	Premiazione migliori comunicazioni poster e video
13,45 - 14,00	*Questionari ECM*
14,00 - 14,15	**Cerimonia di chiusura**

SESSIONI

Giovedì 30 novembre 2006

ore 14.00 - 15.30 Sala Levante - Comunicazioni CA della prostata

Moderatori: *Arcangeli Giorgio (Roma), Giberti Claudio (Genova)*

73 - INDUCTION OF GnRH RECEPTOR EXPRESSION BY A GnRHAGONIST, HORMONES, ANTI-HORMONES AND GROWTH FACTORS IN HUMAN PROSTATE CANCER CELLS

Angelucci C., Lama G., Iacopino F., Urbano R., [1]Bono A.V., Sica G.
Istituto di Istologia ed Embriologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;
[1]Divisione di Urologia, Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Varese

---

102 - NEURO FUZZY SYSTEM E DIAGNOSI DEL TUMORE PROSTATICO

Benecchi L., Pieri A.M., Potenzoni M., Destro Pastizzaro C., Uliano N., Martens D., Savino A., Prati A., Arnaudi R., Potenzoni D.
Divisione di Urologia, Ospedale di Fidenza (Parma)

---

137 - UTILITÀ DELL'ECO-COLOR-DOPPLER TRANSRETTALE IN PAZIENTI CON SOSPETTO CARCINOMA PROSTATICO

De Maria M., Campo G., Meschini - Fabris F., Giannarini G., Mogorovich A., Morelli, Selli C.
Urologia Universitaria, Pisa

---

204 - THERAPEUTIC ANTI-TUMOR VACCINE IN PROSTATE CANCER: PRELIMINARY EXPERIENCE

Rivoltini L.[1], Marrari A.[1], Villa S.[2], Salvioni R.[3], Pellegrinelli A.[4], Carbone A.[4], Valdagni R.[5], and Parmiani G.[1]
[1]Unit of Immunotherapy of Human Tumors, [2]Radiation Oncology Unit, [3]Department of Urology,
and [4]Department of Pathology, [5]Head of the Prostate Programme, Istituto Nazionale Tumori, Milan.

---

88 - RUOLO PROGNOSTICO DELL'INVASIONE PERINEURALE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE CON STADIO PATOLOGICO T2

Masieri L., Carloni M., Minervini A., Ierardi A., Rossetti M.A., [1]Nesi G., Carini M., Serni S.
Clinica Urologica I, Dipartimento di Area Critica e [1]Dipartimento di Patologia Umana e Oncologia,
Università degli Studi di Firenze

---

156 - WEEKLY DOCETAXEL AND EPIRUBICIN IN THE TREATMENT OF ADVANCED HORMONE-REFRACTORY PROSTATE CANCER

Petrioli R.[1], Paolelli L.[1], Francini E.[1], De Rubertis G.[2], Barbanti G.[2], Pascucci A.[2], Sciandivasci A.[2], Manganelli A.[2], Salvestrini F.[3] and Francini G.[1]
[1]Department of Human Pathology and Oncology department, Medical Oncology Section [2]Department of Urology;
[3]Clinical Surgery, Urology Section; University of Siena

---

30 - RADIOTERAPIA "DOSE ESCALATION" PER CARCINOMA PROSTATICO CON TECNICA 3-DIMENSIONALE CONFORMAZIONALE AD ARCHI DINAMICI: RISULTATI NEI 466 PAZIENTI CONSECUTIVI

Jereczek-Fossa B.A.[1,2]; Vavassori A.[1]; Zerini D.[1,6]; Ivaldi G.[1]; Fodor C.[1]; Santoro S.[5]; Avuzzi B.[1]; Boboc G.[1]; Trovò M.[1]; Franchi B.[1]; Serafini F.[1]; Catalano G.[1]; Alterio D.[1]; Lazzari L.[1]; Leonardi M.C.[1]; Piperno G.[1]; Fodor A.[1]; Cambria R.[3]; Cattani F.[3]; Garibaldi C.[3]; Greco C.[1]; Castiglioni S.[1]; Follini M.[4]; Pimentel M.[4]; De Cobelli O.[4]; Orecchia R.[1,2]
[1]Div. di Radioterapia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano [2]Università degli Studi di Milano [3]Div. di Fisica Sanitaria, Istituto Europeo di Oncologia, Milano [4]Div. di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano, [5]Div. di Epidemiologia e Biostatistica; Istituto Europeo di Oncologia, Milano [6]Borsa di Studio AICF

---

92 - TOSSICITÀ INTESTINALE TARDIVA IN PAZIENTI CON TUMORE PROSTATICO TRATTATI CON RADIOTERAPIA E ORMONOTERAPIA ADIUVANTE

Frascino V.[1], Gambacorta M.A.[1], Mantini G.[1], Mattiucci G.C.[1], Di Rito A.[1], Errico A.[1], Tagliaferri L.[1], Di Napoli N.[1], Di Gesù C.[2], Macchia G.[2], Morganti A.G.[2], Cellini N.[1]
[1]Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma ,
[2]U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II",
Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

---

205 - SVILUPPO DI NOMOGRAMMI PREDITTIVI DELLA SINDROME RETTALE ACUTA INDOTTA DA RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE NEL CANCRO DELLA PROSTATA

Valdagni R., Rancati T., Fiorino C., Franzone P., Mauro F., Munoz F., Cagna E., Fellin G., Greco C., Vavassori V.
Programma Prostata, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano - Div. Fisica Sanitaria, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano - Div. Radioterapia Oncologica, Ospedale di Alessandria - Div. Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria, Ospedale Villa Maria Cecilia, Lugo - Div. Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria, Ospedale Le Molinette, Torino - Div. Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria, Ospedale Sant'Anna, Como - Div. Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria, Ospedale S. Chiara, Trento - Div. Radioterapia Oncologica, REM, Catania - Div. Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria, Ospedale di Circolo, Varese

---

15 - ANALISI RETROSPETTIVA DI 107 PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO CON INFILTRAZIONE DEL COLLO VESCICALE (pT4) TRATTATI CON PROSTATECTOMIA RADICALE

Della Melina A., Villari D., Castigli M., Dattolo E., Delle Rose A., Fiorelli C., Li Marzi V., Marzocco M., Mencarini M., Mottola A., Paoletti M.C., Ringressi A., Stomaci N., Nicita G.
SOD Urologia II AOU-Careggi Firenze

ore 14.00 - 15.30 Sala Libeccio - Comunicazioni Vescica e via escretrice superiore

Moderatori: *Grillo Filippo (Genova), Medica Mauro (Sestri Levante)*

114 - TUMORI "RARI" DELLA VESCICA

Corbu C., Ambruosi C., Pacella M., Venzano F., Varca V., Carmignani G.
Clinica Urologica di Genova, Azienda Ospedaliera San Martino

---

127 - EFFETTI ANTINEOPLASTICI DEL CELECOXIB NEL CARCINOMA VESCICALE

Falsaperla M. , Saita A., Polara A., Salemi G., Bonaccori A., Motta M.
Ospedale Vittorio Emanuele II, Clinica Urologica Catania

---

168 - LA VALUTAZIONE DELLE CITOCHINE URINARIE NEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A RESEZIONE ENDOSCOPICA DI TUMORE VESCICALE PUO' AVERE UN RUOLO PROGNOSTICO?

Cai T.[1], Mazzoli S.[2], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Gavazzi A.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze [2]Centro MTS, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze

---

157 - INSTILLAZIONE ENDOVESCICALE DI BCG NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA SUPERFICIALE DELLA VESCICA: RUOLO DEI GRANULOCITI

Siracusano S., Vita F.[1], Abbate R.[1], Bernabei M., Ciciliato S., Borelli V.[1], Zabucchi G.[1]
Clinica Urologica e [1]Dipartimento di Fisiologia e Patologia, dell'Università degli Studi di Trieste

---

171 - ANALISI MATEMATICHE COMPLESSE NELLA PREDIZIONE DELLE RECIDIVE NEI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA UROTELIALE: PROGETTAZIONE DI UNA RETE NEURALE AD IMPIEGO CLINICO

Cai T.[1], Conti G.[2], Nesi G.[3], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Gavazzi A.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, [2]Dipartimento di Ingegneria Informatica, Università degli Studi di Firenze, [3]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze

---

17 - UTILIZZO DEL TEST IMMUNOCITOLOGICO UCYT NEL MANAGEMENT DEI PAZIENTI CON TUMORE UROTELIALE DELLA VESCICA

Bernardi A.[1], Berno E.[1], Ferrando U.[2], Gussio M.[1], Lovadina P.[1], Luparia P.[1], Morabito F.[2], Rossi R.[2], Berardengo E.[1]
[1]S.C. Anatomia Patologica, [4]Presidio San Giovanni Antica Sede, ASO Molinette Torino - [2]S.C. Urologia, [3]ASO Molinette Torino

---

128 - FLUORECENCE IN SITU HYBRIDIZATION VERSUS URINE CITOLOGY IN THE DIAGNOSIS OF TRANSITIONAL CELL CARCINOMA

Catanzaro M.[1], Ciotti G.M.[1], D'Amico M.E.[2], Giollo A.[1], Barberis M.[2],
[1]Dpt of Urology; [2]Dpt of Anatomopathology

---

174 - STUDIO RANDOMIZZATO SUL RUOLO DEL MANTENIMENTO NELLA CHEMIOPROFILASSI ENDOVESCICALE PRECOCE DOPO TUR CON EPIRUBICINA

Serretta V.[1], Altieri V.[2], Morgia G.[3], Allegro R.[4], Capra M.[1], Zito A.[5], Di Lallo A.[6], Annese P.[7], Sblendorio D.[8], Gallo A.[9], Cindolo L.[10], Ruggiero G.[11], Simone N.S.[12], Selvaggi F.P.[13], Battaglia M.[13], Vaccarella G.[14], Armenio A.[15], Lo Presti D.[16], Nicolosi D.[17], Melloni D.[1], i membri della Fondazione GSTU
[1]Ist Urol-Università di Palermo, [2]Ist Urol-Università di Napoli, [3]Ist Urol-Università di Sassari, [4]Ufficio di Statistica del GSTU, [5]Osp Civ-Div Urol, Torre del Greco(NA), [6]Osp Civ-Div Urol, Campobasso, [7]Osp Civ-Div Urol, Matera, [8]Osp Civ-Div Urol, Carbonara (BA), [9]Istituto Tumori "Fondazione Pascale", Napoli, [10]Osp Civ Rummo-Div Urol, Benevento, [11]GEPOS-Div Urol, Telese Terme(BN), [12]Osp Civ Maddaloni-Div Urol, Maddaloni (CE), [13]Ist Urol-Università di Bari, [14]Osp Civ Cervello-Div Urol, Palermo, [15]Clinica Candela-Div Urol, Palermo, [16]Osp Civ-Div Urol, Palermo, [17]Osp Civ Garibaldi-Div Urol, Catania

---

4 - TRATTAMENTO CON ACUCISE PER VIA ANTEROGRADA DELLE STENOSI DELLE ANASTOMOSI URETEROINTESTINALI

Pimentel M.[1], Matei D.V.[1], Orsi F.[2], Pedroso E.[1], Musi G.[1], Rocco B.[1], Verweij F.[1], Bonomo G.[2], Penco S.[2], De Cobelli O.[1]
[1]Divisione Urologia, [2]Divisione di Radiologia Interventistica Istituto Europeo di Oncologia, Milano

14.00 - 15.30 Sala Ponente - Comunicazioni CA della prostata

Moderatori: *Sertoli M. Roberto (Genova), Varaldo Marco (Genova)*

159 - ATTIVAZIONE DELL'ESPRESSIONE DI ELONGATION FACTOR 1A 2 NEI TUMORI PROSTATICI

Siracusano S.[1], Scaggiante B.[2], Bonin S.[3], Cristiano L.[2], Stanta G.[3], Bavero M.[1], Grassi G.[3], Belgrano E.[1]
[1]Clinica Urologica Università di Trieste, [2]Dip. di Biochimica, Biofisica e Chimica delle Macromolecole Università di Trieste [3]Dip. di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche Università di Trieste

77 - RMN CON BOBINA ENDORETTALE E SPETTROSCOPIA E CARCINOMA PROSTATICO. RISULTATI DELLO STUDIO PROSPETTICO, DHAIS (DIAGNOSIS - HELPING - ACCURACY IMAGING STUDY)

Pomara G.[1], Fontana L.[1], Simone M.[1], Milesi C.[1], Casale P.[1], Giusti S.[2], Marchetti G.[3], Bartolozzi C.[2], Francesca F.[1].
[1].U.O. Urologia SSN " Ospedale S. Chiara " Pisa; [2]Istituto di Radiologia dell'Università, Pisa; [3]U.O. Anatomia Patologica II "Ospedale S. Chiara " Pisa

107 - ASAP E CARCINOMA PROSTATICO

Mearini L., Costantini E., Cottini E., Nunzi E., Zucchi A.
Clinica Urologica Università degli Studi di Perugia

76 - ADENOCARCINOMA PROSTATICO INCIDENTALE T1A. COSA FARE?

Simone M.[1], Pomara G., Casale P.[1], Milesi C.[1], Fontana L.[1], Evangelisti S.[1], Menchini-Fabris F.[1], Francesca F.[1]
[1]U.O. Urologia SSN "Ospedale S. Chiara" Pisa

182 - ASSOCIAZIONE DEL POLIMORFISMO NELLA REGIONE PROMOTRICE DEL GENE DELL'ALFA-1- ANTI-CHIMOTRIPSINA CON L'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA ED IL CARCINOMA PROSTATICO

Licastro F.[1], Tumini E.[1], Chiappelli M.[1], Bertaccini A.[2], Pernetti R.[2], Sanguedolce F.[2], Marchiori D.[2], Martorana G.[2]
[1]Dipartimento di Patologia Sperimentale, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
[2]Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna

178 - L'ERA DEL PSA E' FINITA? ANALISI MULTIVARIATA SU 5000 PROSTATECTOMIE RADICALI

Briganti A.[1], Scattoni V.[1], Salonia A.[1], Suardi N.[1], Gallina A.[1], Roehrborn C.[2], Montorsi F.[1], Rigatti P.[1], Huland H.[3], Karakiewicz P.I.[4]
[1]Divisione di Urologia, Cattedra di Urologia, Università Vita-Salute, Ospedale San Raffaele
[2]Divisione di Urologia, UT Southwestern Medical School, Dallas,Texas [3]Divisione di Urologia, Università di Amburgo, Amburgo, Germania [4]Cancer Prognostics and Health Outcomes Unit, University of Montreal, Canada

110 - UTILIZZO DELLA DULOXETINA IN PZ CON INCONTINENZA URINARIA SECONDARIA A PROSTATECTOMIA RADICALE

Corbu C., Ruggiero G., Ambruosi C., Banchero R., Romagnoli A., Carmignani G.
Clinica Urologica "L. Giuliani", Azienda Ospedaliera San Martino di Genova

91 - CORRELAZIONE TRA ETÀ, TOSSICITÀ UROLOGICA E TOSSICITÀ INTESTINALE IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA TRATTATI CON RADIOTERAPIA

Tagliaferri L.[1], Di Napoli N.[1], Gambacorta M.A.[1], Luzi S.[1], Mantini G.[1], Mattiucci G.C.[1], Di Rito A.[1], Errico A.[1], Frascino V.[1], Di Gesù C. 2, Morganti A.G.[2], Cellini N.[1]
[1]Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma,
[2]U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

33 - VALUTAZIONE DELLA TOSSICITA' ACUTA E TARDIVA DELLA RADIOTERAPIA AD INTENSITA' MODULATA (IMRT) SU PROSTATA E STAZIONI LINFONODALI PELVICHE NEL CARCINOMA

Saracino B.[1], Arcangeli S.[1], Petrongari M.G.[1], Gomellini S.[1], Landoni V.[2], Marzi S.[2], Arcangeli G.[1]
[1]S.C. di Radioterapia Oncologica, [2]Servizio di Fisica Sanitaria, Istituto Regina Elena, Roma

14.00 - 15.30 Sala Scirocco - Video Miscellanea

Moderatori: *Manferrari Fabio (Bologna), Aragona Carlo (Messina)*

22 - TRATTAMENTO URETEROSCOPICO DI SOSPETTO TUMORE RECIDIVO DELL'URETERE

Sblendorio D., Piccinni R., Callea A., Berardi B., Zizzi V., Tempesta A., Gala F., Cafarelli A., Traficante A.
U. O. Clinicizzata di Urologia Ospedale "Di Venere" AUSL BA/4 - Bari

27 - PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA EXTRAPERITONEALE: COME PRESERVARE LA POTENZA E LA CONTINENZA

Celia A., Breda G.
Struttura Complessa di Urologia, Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (VI)

45 - LA PROSTATECTOMIA RADICALE PERINEALE VIDEO-LAPARO ASSISTITA

Mini D.[1], Canale M.[2], Pittari A.[3], Corsi C.[4]
[1]Clinica Villa Pia; [2]Clinica Guarnieri; [3]Ospedale Celio; [4]Clinica Villa Pia

78 - CISTECTOMIA "NERVE AND SEMINAL SPARING", CONFEZIONAMENTO DI NEOVESCICA ORTOTOPICA CON VERSAFIRE ED ANASTOMOSI ILEOCAPSULARE CON APPLICAZIONE DI TISSUCOL

Zarrelli G., Ginepri A., Di Giacomo A., Maschio A., Iacovitti S.[1] ,Crafa F.[1]
U.O.S. Urologia, [1]U.O.C. Chirurgia Generale ed Oncologica - Ospedale "Madre G. Vannini", Roma

85 - CISTECTOMIA RADICALE CON NEOVESCICA ORTOTOPICA A "MERCEDES" : 11 ANNI DI ESPERIENZA PERSONALE

Naccarato G. , Voria G., de Santis C., GuglielminoS., Ravaziol R., Berardi A., Carbonaro F.
Ospedali Riuniti Frascati-Marino

104 - ASPORTAZIONE LAPAROSCOPICA DI UN LIPOSARCOMA RETROPERITONEALE

Schips L., Lipsky K., Dalpiaz O., Pignoli A., Hutterer G., Zigeuner R., Petritsch P.
Clinica Urologica Università Graz (Austria)

Venerdì 1 dicembre 2006

ore 15.30 - 16.30 Sala Levante Comunicazioni Tumori del rene

Moderatori: *Battaglia Michele (Bari), Bollito Enrico (Torino)*

24 - ANALISI DI ESPRESSIONE CITOPLASMATICA E NUCLEARE DI pVHL E HIF-1α NEI TUMORI RENALI A CELLULE CHIARE INTRACAPSULARI: L'ESPRESSIONE NUCLEARE DI HIF-1α RAPPRESENTA UN FATTORE PROGNOSTICO SFAVOREVOLE

Minervini A.[1], Di Cristofano C.[2], Serni S.[1], Lapini A.[1], Salinitri G.[1], Bertacca G.[2], Masieri L.[1], Lessi F.[2], Bevilacqua G.[2], Cavazzana A.[2], Minervini R.[3], Carini M.[1]

[1]Clinica Urologica I, Università degli Studi di Firenze; [2]Dipartimento di Oncologia, Divisione di Anatomia Patologica, Università di Pisa; [3]Dipartimento di Chirurgia, Clinica Urologica, Università di Pisa

---

61 - TECNICA, SICUREZZA ED EFFICACIA DELLA BIOPSIA PERCUTANEA DELLE MASSE RENALI: L'ESPERIENZA DEL TORONTO UNIVERSITY HEALTH NETWORK

Volpe A.[1], Kachura J.[2], Evans A.[2], Geddie W.[2], Jewett M.A.S.[2]

[1]S.C. Urologia; [3]A.S.O. S. Giovanni Battista, Torino; [2]Dipartimento di Urologia, University Health Network, Toronto, Ontario, Canada

---

105 - EMOSTASI NELLA NEFRECTOMIA PARZIALE LAPAROSCOPICA CON L'UTILIZZO DEL VIVOSTAT SYSTEM

Schips L., Dalpiaz O., Gidaro S., Lipsky K., Zigeuner R., Petritsch

Clinica Urologica Universitá Graz

---

51 - È SEMPRE NECESSARIA L'ISCHEMIA NELLA CHIRURGIA CONSERVATIVA RENALE? NOSTRA ESPERIENZA IN 5 ANNI

Masala D., Mattace Raso D., Campese R., Meccariello C., Fedelini M., Fedelini P., Masala A.

UOSC di Urologia AORN A. Cardarelli, Napoli

---

138 - IDENTIFICAZIONE DI FATTORI CLINICO-PATOLOGICI CORRELATI ALLA SOPRAVVIVENZA IN PAZIENTI (PAZ) CON CARCINOMA RENALE (CR): REVISIONE DI UNA CASISTICA MONOISTITUZIONALE

Sabbatini R.[1], Ferrari A.[1], Jovic G.[1], Maur M.[1], Clo' V.[1], Romagnani E.[1], Bianchi G.P.[2], Conte P.F.[1]

[1]Dipartimento Integrato di Oncologia ed Ematologia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; [2]Clinica Urologia Policlinico di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

---

101 - CALIBRAZIONE DI DUE DIFFERENTI MODELLI PROGNOSTICI PER IL CARCINOMA RENALE NON METASTATICO DOPO NEFRECTOMIA

Cindolo L.[1], Gallo C.[2], Chiodini P.[2], Salzano L.[1], Ficarra V.[3], Schips L.[4], Tostain J.[5], de la Taille A.[6], Patard J.J.[7]

[1]Unità di Urologia, Azienda Ospedaliera "G. Rummo", Benevento, Italia; [2]Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva, Seconda Università di Napoli, Italia; [3]Dipartimento di Urologia, Università di Verona, Italia; [4]Dipartimento di Urologia, Università di Medicina di Graz, Austria; [5]Dipartimento di Urologia, Centro Ospedaliero Universitario di St. Etienne, Francia; [6]Dipartimento di Urologia, Centro Ospedaliero Universitario "Henri Mondor", Creteil, Francia; [7]Dipartimento di Urologia, Centro Ospedaliero Universitario "Pontchaillou", Rennes, Francia

ore 15.30 - 16.30 Sala Libeccio - Comunicazioni Selezionate Terapia medica e Ricerca sperimentale

Moderatori: *Balbi Cecilia (Genova), Bracarda Sergio (Perugia), Criniti Pasquale (Chieti), Palumbo Camilla (Roma), Palumbo Angelucci Domenico (Chieti)*

160 - TUMORI NON-SEMINOMI DEL TESTICOLO IN STADIO CLINICO IIA- IIB: CHIRURGIA, CHEMIOTERAPIA O ENTRAMBE?

Sava T.[1], Fraccon A.P.[1], Merlin F.[1], Pessa S.[2], Nicoletti L.[3], Perin A.[4], Porcaro A.B.[5], Curti P.[6], Ghimenton C.[7], Cetto G.L.[1], Franceschi T.[8]

[1]Oncologia Medica, Verona; [2]Oncologia Medica, Treviso; [3]Oncologia Medica, Vicenza; [4]Oncologia Medica, Thiene; [5]Urologia Ospedale B.go Trento, Verona; [6]Urologia Ospedale B.go Roma, Verona; [7]Anatomia Patologica, Ospedale B.go Trento, Verona; [8]Oncologia Medica, Legnago

---

72 - DETERMINANTI MOLECOLEARI PREDITTIVI DI RISPOSTA AL TRATTAMENTO INTRAVESCICALE CON GEMCITABINA PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA DELLA VESCICA SUPERFICIALE

Spitaleri G.[1], Curigliano G.[1], de Braud F.[1], Verweij F.[2], Mey V.[3], Matei V.[2], Rocco B.[2], Follini M.L.[2], Scardino E.[2], Danesi R.[3], De Cobelli O.[2]

[1]Unità di Farmacologia Clinica e Sviluppo Nuovi Farmaci, Istituto Europeo di Oncologia Milano; [2]Divisione di Urologia Istituto Europeo di Oncologia Milano; [3]Divisione di Farmacologia e Chemioterapia, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Pisa

---

188 - VALPROIC ACID ACTIVITY IN ANDROGEN-SENSITIVE AND - INSENSITIVE PROSTATE CANCER CELL LINES

Iacopino F., Urbano R., Navarra P.[1], Sica G.

Istituto di Istologia ed Embriologia, [1]Istituto di Farmacologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

153 - TOLLERABILITÀ DEL TRATTAMENTO ORMONALE E QUALITÀ DI VITA. STUDIO OSSERVAZIONALE QUABIOS

Bartoletti R.[1], Prezioso D.[2], Guazzoni G.[3], Orestano F.[4], Zattoni F.[5], a nome del gruppo QUABIOS
[1]Clinica Urologica Osp. S.Maria Annunziata, Firenze; [2]Policlinico Federico II, Napoli; [3]Istituto San Raffaele, Milano; [4]Casa di Cura Orestano, Palermo; [5]Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia, Udine

108 - CELLULE STAMINALI RESIDENTI NEL RENE CONTRIBUISCONO ALLO SVILUPPO E ALL'ANGIOGENESI DEL CARCINOMA RENALE

Graziano M.E.[2], Bruno S.[1], Bussolati B.[1], Grange C.[1], Cucchiarale G.[2], Volpe A.[2], Camussi G.[1], Ferrando U.[2]
[1]Dipartimento di Medicina interna e Centro Ricerca Medicina Sperimentale (CeRMS), Università di Torino; [2]S.C. Urologia 3 D.O. - A.S.O. San Giovanni Battista Molinette - Torino

125 - IMPATTO DEL LIFESTYLE POST-PROSTATECTOMIA RADICALE, IN PAZIENTI GIOVANI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO AD ALTO RISCHIO, SULL'ASSE IGFBP-3/IGF-1 E SULLA PROGRESSIONE BIOCHIMICA

Falsaperla M., Bonaccorsi A., Saita A., Giammusso B., Motta M.
Clinica Urologica - Università di Catania

ore 15.30 - 16.30 Sala Ponente - Comunicazioni Tumori del pene e del testicolo

Moderatori: *Jacobelli Stefano (Chieti), Simonato Alchiede (Genova)*

1 - SOMMINISTRAZIONE PRECOCE DI ALPROSTADIL POST- PROSTATECTOMIA: EFFETTI SUL DROP-OUT?

Matei D.V., Pimentel M., Pedroso E., Rocco B., Musi G., Verweij F., Follini M.L., Scardino E., Detti S., De Cobelli O.
Istituto Europeo di Oncologia, Divisione di Urologia, Milano

64 - UN CASO DI EMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE DEL PENE

Cecchetti G.[1], Farneti F.[1], Corvino C.[1], Posti A.[1], Iannelli F.[1], Poce R.[1], Rociola W.[1], Fornetti P.[1], Lucaccioni A.[2], Balloni F.[1]
[1]Struttura Complessa Aziendale Urologia - ASL 1 Città di Castello
[2]U.O. Anatomia Patologica - Presidio Ospedaliero Alto Tevere

96 - FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE E CARATTERISTICHE CLINICHE DEL TUMORE TESTICOLARE A CELLULE DI LEYDIG: ESPERIENZA SU 24 CASI

Carmignani L.[1], Salvioni R.[2], Gadda F.[1], Colecchia M.[3], Gazzano G.[4], Galasso G.[1], Zambito S.[1], Spinelli M.[1], Colpi M.G.[5], Rocco F.[1]
[1]Istituto di Urologia, Clinica Urologica I, Università degli Studi di Milano; [2]U.O. Urologia, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano; [3]Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano; [4]Servizio di Anatomia Patologica, A.O. San Paolo, Università degli Studi di Milano; [5]Unità Operativa di Andrologia, A.O. San Paolo, Milano

98 - ASSETTO ORMONALE A DISTANZA E FUNZIONE SESSUALE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO MONORCHIDE

Carmignani L.[1], Galasso G.[1], Acquati P.[1], Lania A.[2], Zambito S.[1], Spinelli M.[1], Beck-Peccoz P.[2], Salvioni R.[3], Nicolai N.[3], Rocco F.[1]
[1]Istituto di Urologia, Clinica Urologica I, Università degli Studi di Milano; [2]Dipartimento di Scienze Endocrine, Università degli Studi di Milano; [3]Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano

99 - BIOBANCA PER AUTOCONSERVAZIONE DEL SEME NEI TUMORI DEL TESTICOLO: 20 ANNI DI ESPERIENZA

Ragni G.[1], Carmignani L.[2], Serrago M.P.[2], Gadda F.[2], Calanna G.[1], Restelli L.[1], Paffoni A.[1]
[1]U.O. Sterilità di Coppia ed Andrologia; [2]U.O. Urologia Fondazione Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, Milano

90 - TUMORI DEL TESTICOLO E TRATTAMENTI ANTINEOPLASTICI: EFFETTO SULLA SPERMATOGENESI

Ragni G.[1], Carmignani L.[2], Serrago M.P.[2], Gadda F.[2], Calanna G.[1], Restelli L.[1], Paffoni A.[1]
[1]U.O. Sterilità di Coppia ed Andrologia; [2]U.O. Urologia - Fondazione Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, Milano

ore 15.30 - 16.30 Sala Scirocco - Video Pene

Moderatori: *Frea Bruno (Udine), Morgia Giuseppe (Sassari)*

6 - UTILIZZO DEL LASER A CO_2 NEL TRATTAMENTO LOCALE DELLE NEOPLASIE DEL GLANDE

Matei D.V., Musi G., Rocco B., De Cobelli O.
Divisione di Urologia Istituto Europeo di Oncologia, Milano

7 - URETRECTOMIA NAVICOLARE CON LASER A CO_2

Matei D. V., Musi G., Verweij F., De Cobelli O.
Istituto Europeo di Oncologia, Milano

132 - RIABILITAZIONE SESSUALE E RIPRISTINO DELLA CONTINENZA URINARIA MEDIANTE POSIZIONAMENTO DI PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE E DISPOSITIVO INVANCE: SINGOLO INTERVENTO, SINGOLA INCISIONE

Rolle L.[1], Morra I.[2], Tamagnone A.[1], Destefanis P.[1], Timpano M.[1], Ragni F.[2], Ceruti C.[1], Negro C.[1], Fontana D.[1]
[1]Divisione Universitaria di Urologia; [2]Ospedale Maggiore San Giovanni Battista - Le Molinette, Torino;
[2]Divisione Uinversitaria di Urologia - Ospedale San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)

---

148 - CARCINOMA DEL PENE: DISASSEMBLY, GLANDULECTOMIA E URETROGLANDULOPLASTICA

Sedigh O., Paradiso M., Varvello F., Liberale F., Graziano M.E., Ferrando U.
SC Urologia 3 Dott. Ferrando Ospedale Molinette, Torino

---

208 - GLANDULOPLASTICA CON MUCOSA URETRALE DOPO EXERESI POTENCY-SPARING PER NEOPLASIA PENIENA

Sasso F.
Università Cattolica del Sacro Cuore - Facoltà di Medicina e Chirurgia -
Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" - Roma

---

ore 15.30 - 16.30 Area Poster - Poster Meets the Author

Moderatori: *Rubagotti Alessandra (Genova), Ponchietti Roberto (Firenze), Boccafoschi Carmelo (Alessandria), Licastro Federico (Bologna), Iantorno Romina (Chieti), Caroti Cinzia (Genova), Nuzzo Antonello (Lanciano), Bozzo Walter (Pietra Ligure), Marziano Corrado (Savona)*

175 - L'ASSOCIAZIONE CURCUMIN - GCP NEL CARCINOMA PROSTATICO METASTATICO ORMONOREFRATTARIO: ESPERIENZA PRELIMINARE

Gavazzi M., Di Loro F., Biscioni S., Benelli R.
UO Urologia - Prato

---

3 - 10 ANNI DI TRATTAMENTO E FOLLOW-UP DELLA NEOPLASIA TESTICOLARE A CELLULE DI LEYDIG

Pedroso E., Matei D.V., Pimentel M., Musi G., Rocco B., Verweij F., Mazzoleni F., De Cobelli O.
Divisione di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

---

5 - FATTORI PROGNOSTICI NELLA CRIOTERAPIA DI SALVATAGGIO PER LA NEOPLASIA PROSTATICA POST-RTE

Pimentel M.[1], Matei D.V.[1], Pedroso E.[1], Musi G.[1], Rocco B.[1], Verweij F.[1], Follini M.L.[1], Scardino E.[1], Jereczek-Fossa B.[2], Vavassori A.[2], De Cobelli O.[1]
Istituto Europeo di Oncologia, [1]Divisione di Urologia, [2]Divisione di Radioterapia Milano

---

8 - CORRELAZIONI EPIDEMIOLOGICHE, ANATOMOPATOLOGICHE E CLINICHE NEL TUMORE A CELLULE DI LEYDIG

Pedroso E.[1], Mastropasqua M.[2], Matei D.V.[1], Pimentel M.[1], Musi G.[1], Rocco B.[1], Verweij F.[1], Curigliano G.[3], De Cobelli O.[1]
[1]Divisione Urologia, [2]Divisione di Anatomia Patologica, [3]Divisione di Oncologia Sperimentale
Istituto Europeo di Oncologia, Milano

---

10 - INCIDENZA DELL' ADENOCARCINOMA PROSTATICO NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A CISTOPROSTATECTOMIA RADICALE PER NEOPLASIA VESCICALE

Ruggiero G., Simonato A., Nordio A., Vota P., Gastaldi C., Orlandini M., Romagnoli A. Curotto A., Carmignani G.
Clinica Urologica, Ospedale S.Martino - Genova

---

11 - EMORRAGIA DAL CONDOTTO ILEALE: TRATTAMENTO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Ambruosi C., Simonato A., Orlandini M., Tognoni P., Oneto F., Ninotta G., Carmignani G.
Clinica Urologica, Ospedale S.Martino - Genova

---

13 - UN CASO DI CARCINOMA RENALE PAPILLIFERO MANIFESTATOSI CLINICAMENTE CON UN QUADRO DI TROMBOSI ACUTA DELLA VENA RENALE

Nordio A., Simonato A., Ruggiero G., Vota P., Orlandini M., Oneto F., Tognoni P., Carmignani G.
Clinica Urologica Ospedale S.Martino Genova

---

14 - NEUROFIBROMA DEL PENE: PRESENTAZIONE CLINICA ATIPICA DI UNA PATOLOGIA RARA

Morelli B., Piovano M., Greco A., Petraz M., Berta G., Pippione M.[1], Bussolati G.[2], Tizzani A.
[1]Clinica Urologica - Università degli Studi di Torino Progetto Prostata Torino - Centro di Riferimento per la Ricerca la Diagnosi e la Cura del Tumore Prostatico [1]Direttore della Divisione di Dermosifilopatia 1 - Ospedale Molinette - Torino
[2]Direttore del Servizio di Anatomia Patologica 1 - Ospedale Molinette - Torino

---

19 - TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DEI TUMORI DELLA PELVI RENALE E DELL'URETERE

Piccinni R., Callea A., Sblendorio D., Berardi B., Zizzi V., Tempesta A., Gala F., Cafarelli A., Fiorentino N., Traficante A.
U. O. Clinicizzata di Urologia "Ospedale Di Venere" AUSL BA/4 - Bari

25 - TRATTAMENTO CONSERVATIVO DEGLI ANGIOMIOLIPOMI MEDIANTE TECNICA DI ENUCLEAZIONE SEMPLICE: 20 ANNI DI ESPERIENZA

Giubilei G., Minervini A., Masieri L., Lanzi F., Manoni L., Lapini A., Serni S., Carini M.
Clinica Urologica I, Università degli Studi di Firenze

31 - EFFETTO DELLA SOSPENSIONE/SOSTITUZIONE (SSA) DELL'ANTIANDROGENO IN PAZIENTI CON CANCRO PROSTATICO ORMONO-REFRATTARIO

Rocco B., Pimentel M., Pedroso E., Detti S., Matei D. V., Scardino E., Verweij F., Follini M., Musi G., De Cobelli O.
Istituto Europeo di Oncologia, Milano

34 - LA NEOVESCICAORTOTOPICA NELLA DONNA: LA NOSTRA ESPERIENZA

Dall'Oglio B., Parma P., Luciano M ., Bondavalli C.
Azienda Ospedaliera Ospedale C.Poma, Mantova

39 - RADIOTERAPIA STEREOTASSICA DELL'ADENOCARCINOMA PROSTATICO: DESCRIZIONE DI DUE CASI

Deodato F.[1], Cilla S.[2], Desiderio Q.[3], Digesù C.[1], Grimaldi L.[2], Incollingo C.[4], Macchia G.[1], Mantini G.[5], Mattiucci G.C.[5], Piermattei A.[2], Valentini V.[5], Cellini N.[5], Morganti A.G.[1]
[1]UO Radioterapia, [2]UO Fisica Sanitaria, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [3]UO Urologia, Ospedale S.Timoteo di Termoli; [4]UO Chirurgia Ospedale F. Veneziale, Isernia; [5]Cattedra di Radioterapia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

40 - MONITORAGGIO MEDIANTE RETTOSCOPIA DOPO RADIOTERAPIA PER CARCINOMA PROSTATICO: VALUTAZIONE DELLA TOSSICITÀ RETTALE TARDIVA

Deodato F.[1], Morganti A.G.[1], Digesù C.[1], Marangi S.[1], Pirozzi G.A.[1], Spera G.L.[1], Macchia G.[1], Di Rito S.[1], Mastrogiorgio G.[1], Mattiucci G.C.[2], Mantini G.[2], Cellini N.[2], Scambia G.[1], Ingrosso M.[1]
[1]Dipartimento di Oncologia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [2]Cattedra di Radioterapia, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

43 - ANALISI DELLA CORRELAZIONE TRA DVH E TOSSICITA TARDIVA RETTALE DOPO RADIOTERAPIA DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA

Digesù C.[1] , Cilla S.[2], Perrone M.[1], Deodato F.[1], Macchia G.[1], Romanella M.[1], Luzi S.[3], Mantini G.[3], Mattiucci G.C.[3], Valentini V.[3], Cellini N.[3], Piermattei A.[2], Morganti A.G.[1]
[1]UO Radioterapia, [2]UO Fisica Sanitaria, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [3]Cattedra di Radioterapia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

44 - DOCETAXEL (D) AS FIRST LINE CHEMOTHERAPY IN HORMONOREFRACTORY PROSTATE CANCER (HRPC): A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE

Ortega C.[1], Vormola R.[1], Montemurro F.[1], Faggiuolo R.[1], Nanni D.[2], D'Urso L.[3], Muto G.[3], Aglietta M.[1]
[1]Medical Oncology, [2]Pharmacy Dept - Institute for Cancer Research and Treatment, IRCC, Candiolo (Turin); [3]Urology Department, S. Giovanni Bosco Hospital, Turin

46 - TUMORE TESTICOLARE METASTATICO CON ADENOPATIE DIFFUSE: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

Fiori C.[1], Dongiovanni D.[2], Barone C.[2], Destefanis P.[1], Negro C.[1], Bertetto O.[2], Ciuffreda L.[1], Fontana D.[1]
[1]Divisione Universitaria di Urologia II - Università degli Studi di Torino - A.O. Molinette - Torino; [2]Divisione di Oncologia Medica 1 - A .O Molinette - Torino

75 - "SATURATION BIOPSY" E CARCINOMA PROSTATICO

Pomara G.[1], Simone M.[1], Fontana L.[1], Casale P.[1], Milesi C.[1], Menchini-Fabris F.[1], Evangelisti S.[1], Francesca F.
[1]U.O. Urologia SSN, Ospedale S. Chiara, Pisa

147 - TOMOTERAPIA IPOFRAZIONATA CON BOOST SIMULTANEO INTEGRATO NEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALIZZATO

Di Muzio N.[1], Cozzarini C.[1], Alongi F.[1], Rigoni L.[1], Fiorino C.[2],Broggi S.[2],Calandrino R.[2], Fazio F. [1,3]
[1]Radioterapia Oncologica, Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; [2]Dipartimento di Fisica medica, Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; [3]IBFM-CNR, Università Milano-Bicocca

135 - CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE NEL TUMORE VESCICALE INFILTRANTE: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO

Maggioni M.[1], Bertana F.[1], Longo G.[1],Rovera F.[1], Biffi A.[2], Locatelli C.[2], D'Antona A.[2], Schiaffino E.[3], Ruoppolo M.[4],Tombolini P.[1]
[1]Ospedale San Carlo Borromeo Milano Divisione Urologia; [2]Ospedale San Carlo Borromeo Milano Divisione Oncologia; [3]Ospedale San Carlo Borromeo Milano Divisione A. Patologica; [4]Ospedale Treviglio Divisione Urologia

139 - TRATTAMENTO DI TERMOCHEMIOTERAPIA (TCT) ABLATIVA NELLE NEOPLASIE VESCICALI SUPERFICIALI DI ALTO GRADO RECIDIVE. ESPERIENZA INIZIALE

Ruoppolo M., Gozo M., Pino P., Risi O., Milesi R., Spina R., Giliberto G.L.
U.O. di Urologia, Azienda Ospedaliera di Treviglio e Caravaggio, Treviglio (BG)

140 - RIPARAZIONE DI FISTOLA VESCICOVAGINALE PLURIRECIDIVA DOPO TURV PER NEOPLASIA FIBROMIXOIDE, CON LEMBO DI MARTIUS

Tombolini P.[1], Ruoppolo M.[2], Maggioni M.[1], Rovera F.[1], Patelli E.[2]
[1]U.O. di Urologia, Ospedale San Carlo Borromeo, Milano; [2]U.O. di Urologia, Azienda Ospedaliera di Treviglio e Caravaggio, Bergamo

144 - DIMINUZIONE DELLA QUANTITA' DI ANESTETICO NELLE PROSTATE DI PICCOLE DIMENSIONI IN CORSO DI BIOPSIA PROSTATICA TRANSRETTALE

Cussotto M., Barbero E., Biamino G.,Vergara E., Buffa G.
ASL 19 U.O.A. Urologia Asti - Dir Buffa G.

150 - ATTIVITA' CHEMIOPROFILATTICA DELLA GEMCITABINA ENDOVESCICALE NEI CARCINOMI VESCICALI SUPERFICALI Ta-T1, G1-G2 RECIDIVI DOPO BCG: STUDIO DI FASE II

Casetta G.[1], Tarallo M.[2], Sogni F.[2], Zacchero M.[2], Terrone C.[2], Tizzani A.[1]
[1]Clinica Urologica 1, Università degli Studi di Torino, Torino; [2]Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale, Novara

151 - ADENOMA NEFROGENICO DELLA VESCICA

Fortunato P., Monardo E.[1], Savoia G., Schettini M.
S.C. Urologia Ospedale Cristo Re, Roma; [1]S.S.D. Anatomia ed Istologia Patologica Ospedale Cristo Re, Roma

154 - LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (IORT) NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALMENTE AVANZATO: NOTE TECNICHE E ANALISI DELLA DISTRIBUZIONE DI DOSE SU BASE ECOGRAFICA

Orecchia R.[1,4], Vavassori A.[1], Jereczek-Fossa B.A.[1,4], Ciocca M.[2], Cambria R.[2], Cattani F.[2], Zerini D.[1], Ivaldi G.[1], Matei D.V.[3], Scardino E.[3], Verwej F.[3], Rocco B.[3], Musi G.[3], Follini M.[3], DeCobelli O.[3]
[1]Divisione Radioterapia; [2]Divisione Fisica Sanitaria; [3]Divisione Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [4]Università degli Studi di Milano

158 - TUMORE PRIMITIVO NEUROECTODERMICO DELLA PROSTATA: CASE REPORT

Siracusano S., Ciciliato S., Bussani R.[1], Bernabei M., Vattovani V., Belgrano E.
[1]Clinica Urologica e Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Trieste

161 - LA TURP DISOSTRUTTIVA NEL PAZIENTI CON CARCINOMA PROSTATICO LOCALMENTE AVANZATO PUO' MODIFICARE LA STORIA NATURALE DI QUESTO TUMORE?

Gavazzi A.[1], Cai T.[1], Tinacci G.[2], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Zini E.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]U.O. Anatomia Patologica, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze

162 - RARO CASO DI RECIDIVA LOCALE PRECOCE IN PAZIENTE SOTTOPOSTO A CISTECTOMIA RADICALE E NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA

Gavazzi A., Cai T., Farina U., Sarti E., Costanzi A., Melone F., Meliani E., Mondaini N., Bartoletti R.
U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze

163 - PROTEINE DELLA MATRICE EXTRACELLULARE E TUMORI A CELLULE UROTELIALI DELLA VESCICA: RUOLO PROGNOSTICO NELLA VALUTAZIONE A LUNGO TERMINE

Cai T.[1], Nesi G.[2], Dal Canto M.[3], Gavazzi A.[1], Sarti E.[1], Meliani E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Mondaini N.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [3]Clinica Urologica, Università degli Studi di Firenze, Firenze

57 - GEMCITABINA ENDOVESCICALE SOMMINISTRATA A MASSIMA CONCENTRAZIONE IMMEDIATAMENTE DOPO TUR (LIMITATA O ESTESA) DI TUMORI SUPERFICIALI DELLA VESCICA: STUDIO DI TOLLERABILITÀ E DI FARMACOCINETICA

Campodonico F.[1], Mattioli F.[2], Manfredi V.[2], Capponi G.[1], Canepa G.[1], Mattioli A.[2], Maffezzini M.[1]
[1]SC Urologia, Ospedale Galliera, Genova; [2]Farmacologia Clinica, Università di Genova

60 - LA DOSIMETRIA NON SEMBRA PREDIRE IL CONTROLLO DEL CANCRO PROSTATICO ORGANO CONFINATO DOPO BRACHITERAPIA CON I 125

Chiono L.[1], Schenone M.[1], Cortese P.[1], Gallo F.[1], Giberti C.[1]
[1]Dipartimento di Nefrourologia, Osp.S.Paolo, Savona

62 - METASTASI TESTICOLARE QUALE RECIDIVA ISOLATA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE PER TUMORE ORGANO

Menchini Fabris F., Campo G., Pomara G., Giannarini G., Morelli G., De Maria M.
U.O. Urologia Universitaria, Pisa

63 - CHIRURGIA CONSERVATIVA DEL TESTICOLO NELLE NEOPLASIE A CELLULE DI LEYDIG

Menchini Fabris F., Morelli G., Pomara G., Campo G., Cuttano G., Giannarini G.
Urologia Universitaria, Pisa

65 - UN CASO DI TRATTAMENTO CONSERVATIVO DI CARCINOMA A PICCOLE CELLULE DELLA VESCICA

Farneti F.[1], Cecchetti G.[1], Corvino C.[1], Posti A.[1], Iannelli F.[1], Fornetti P.[1], Poce R.[1], Rociola W.[1], Lucaccioni A.[2], Balloni F.[1]
[1]Struttura Complessa Aziendale Urologia - ASL 1 Città di Castello; [2]U.O. Anatomia Patologica - Presidio Ospedaliero Alto Tevere

70 - ESPRESSIONE ED ATTIVAZIONE DI EPIDERMAL GROWTH FACTOR (EGFR) NEI TUMORI TESTICOLARI

Toncini C.[1], Sola S.[2], Ninotta G.[3], Ruggiero G.[3], Gaggero G.[4], Fornarini G.[5], Corbu C.[3]
[1]Struttura Complessa Anatomia Patologica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova; [2]Struttura Complessa Anatomia ed Isto-citopatologia, Azienda Ospedaliera Santa Corona, Pietra Ligure (Savona); [3]Clinica Urologica, Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova; [4]Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Morfologiche e Metodologie Integrate (Di.C.M.I.), Sezione di Anatomia e Istologia Patologica, Università di Genova; [5]Struttura Complessa di Oncologia Medica, Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

71 - LA RISONANANZA MAGNETICA NUCLEARE (MR) CON BOBINA ENDORETTALE E ANALISI SPETTROSCOPICA (MRS) NELLA VALUTAZIONE DEL CANCRO PROSTATICO

Milan G.L.[1], Cucchiarale G.[1], Liberale F.[1], Graziano M.E.[1], Varvello F.[1], Petracchini M.[2], Cirillo S.[2], Ferrando U.[1]
[1]Urologia 3 Ospedale San Giovanni Battista, Torino; [2]Radiologia IRCC, Candiolo

74 - OSTEOSARCOMA PRIMITIVO RENALE. DESCRIZIONE DI UN RARO CASO

Milesi C.[1], Pomara G.[1], Simone M.[1], Casale P.[1], Leonetti C.[1], Menchini-Fabris F.[1], Evangelisti S.[1], Francesca F.[1]
[1]U.O. Urologia SSN - Ospedale S. Chiara - Pisa

86 - SEROUS CYSTADENOMA OF THE EPIDIDYMIS OF COMMON EPITHELIAL OVARIAN TYPE

Klimis T.[1], Vlachos P.[2], Panopoulos I.[2], Kokotas N.[2]
[1]Department of Pathology and [2]Urology, 3rd Hospital of Social Insurance Institute, Athens, Greece

89 - STUDIO DELL'ESPRESSIONE RICORRENTE DELLA FUSIONE TRA IL GENE TMPRSS2 ANDROGENO-RESPONSIVO E I FATTORI DI TRASCRIZIONE DELLA FAMIGLIA ETS IN CARCINOMI PROSTATICI UMANI

Serni S., [1]Bonaccorsi L., Masieri L., [1]Nuti F., [1]Krausz C., [2]Nesi G., Ierardi A., Rossetti M.A., Minervini A., [1]Baldi E., Carini M.
Clinica Urologica I Dip. di Area Critica Medico-Chirurgica; [1]Dip. di Fisiopatologia Clinica, Unità di Andrologia; [2]Dip. di Patologia Umana e Oncologia, Università di Firenze

100 - VALUTAZIONE DEL COMFORT E DELLA TOLLERABILITÀ' DI DISPOSITIVI PER ELASTOCOMPRESSIONE AUTOMATICA SEQUENZIALE AGLI ARTI INFERIORI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA

Cindolo L.[1], De Fortuna E.[1], Tripodi V.[1], Schips L.[2], Spinetti F.[3], Salzano L.[1]
[1]Unità di Urologia, Azienda Ospedaliera "G. Rummo", Benevento, Italia; [2]Dipartimento di Urologia, Università di Medicina di Graz, Austria; [3]Chirurgia Vascolare, Azienda Ospedaliera "G. Rummo", Benevento

106 - LIVELLI DI TESTOSTERONE E CANCRO DELLA PROSTATA

Mearini L., Giannantoni A., Fioretti F., Cottini E., Nunzi E., Zucchi A.
Clinica Urologica Università di Perugia

116 - LINFOMA A PICCOLI LINFOCITI B DELLA PROSTATA: CONSIDERAZIONI ANATOMO-CLINICHE

Zanon M.[1], Antonini C.[2], Belmonte P.[1], Sacchi G.[2], Zucconelli R.[1]
[1]U.O.C.di Urologia; [2]Serv. Istol. e Anat. Patologica - ASSL 10 - Veneto Orientale

131 - "HIDDEN PENIS" E GRANDE OBESITÀ: FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI NEOPLASIA DEL PENE?

Rolle L.[1], Datta G.[2], Timpano M.[1], Tamagnone A.[1], Fiori C.[1], Destefanis P.[1], Negro C.[1], Ceruti C.[1], Bocchiotti G.[2], Fontana D.[1]
[1]Divisione Universitaria di Urologia 2 Dipartimento di Discipline Medico-chirurgiche - Università degli Studi di Torino - Ospedale Molinette; [2]Divisione Universitaria di Chirurgia Plastica - Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche - Università degli Studi di Torino - Ospedale Molinette

165 - ANALISI DELL'ESPRESSIONE DELLA P16 NEI TUMORI A CELLULE UROTELIALI DELLA VESCICA: STUDIO DI MORFOLOGICO E CORRELAZIONE CON I PARAMETRI PATOLOGICI

Nesi G.[1], Cai T.[2], Girardi LR.[1], Gavazzi A.[2], Sarti E.[2], Meliani E.[2], Costanzi A.[2], Mondaini N.[2], Farina U.[2], Melone F.[2], Bartoletti R.[2]
[1]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze

166 - PROTEINE DEL CICLO CELLULARE E CARCINOMI VESCICALI: LORO RUOLO PROGNOSTICO

Cai T.[1], Nesi G.[2], Girardi LR.[1], Gavazzi A.[1], Sarti E.[1], Meliani E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Mondaini N.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze

172 - STUDIO MULTICENTRICO DI FASE II DELLA COMBINAZIONE GEMCITABINA-OXALIPLATINO (GEMOX) NEI PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE GERMINALE REFRATTARIO AL CISPLATINO

De Giorgi U.[1], Rosti G.[2], Aieta M.[3], Testore F.[4], Burattini L.[5], Fornarini G.[6], Naglieri E.[7], Lo Re G.[8], Zumaglini F.[2], Marangolo M.[2]
[1]Oncologia Medica, Centro Oncologico Ospedale "V. Fazzi", Lecce; [2]Istituto Oncologico Romagnolo - Dipartimento di Oncologia ed Ematologia, Ospedale Santa Maria delle Croci, Ravenna; [3]Dipartimento di Oncologia ed Ematologia, Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (Foggia); [4]Dipartimento di Oncologia Medica, Ospedali Riuniti, Asti; [5]Dipartimento di Oncologia, Ospedali Riuniti Umberto I-Lancisi-Salesi, Ancona; [6]Dipartimento di Oncologia Medica, Ospedale San Martino, Genova; [7]Dipartimento di Oncologia Medica e Sperimentale, Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari; [8]Dipartimento di Oncologia, Ospedale Santa Maria degli Angeli - Pordenone

173 - PRELIMINARY OBSERVATION ON BIOCHEMICAL RELAPSE AND TOXICITY AFTER

Corallo A.[1], Mortellaro G[2], Barone V[1], Ferrera G[2], Pedalino A[1], Montemaggi P[2].
[1]Maria Paternò Arezzo in Ragusa, [2]Murizio Ascoli Hospital in Palermo

176 - ANALISI DELLA STORIA NATURALE DEI TUMORI UROTELIALI SUPERFICIALI PER MEZZO DI RETI NEURALI AVANZATE: RUOLO DEI FATTORI PROGNOSTICI CLINICI

Cai T.[1], Conti G.[2], Lorenzini M.[3], Nesi G.[4], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Gavazzi A.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]Dipartimento di Ingegneria Informatica, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [3]Dipartimento di Fisica, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [4]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

180 - L'ANESTESIA LOCALE NELLA BIOPSIA PROSTATICA. RUOLO DELLA DILUIZIONE DELLA LIDOCAINA NELLA GENESI DELLE MANIFESTAZIONI CARDIOVASCOLARI

Lorusso A., Abbinante M., Albo G., de Rienzo G., Intermite I., Pagliarulo A.
Sezione di Urologia, Dipartimento dell'Emergenza e Trapianto d'Organi, Università degli Studi di Bari

183 - PHASE II MARKER LESION STUDY OF 6-WEEK INTRAVESICAL GEMCITABINE INSTILLATION IN PATIENTS WITH LOW-RISK SUPERFICIAL BLADDER CANCER

Brausi M.[1], Giussani L.[2], Altieri V.[3], Rigatti P.[4], Gontero P.[5], Bertelli L.[6], Rossi A.[6], Langer F.[7], Russo F.[6], Bono A.[2]
[1]Divisione di Urologia AUSL, Modena; [2]Divisione di Urologia Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Varese; [3]Clinica Urologia Azienda Universitaria, Policlinico Federico II, Napoli; [4]Clinica Urologia Università Vita e Salute, Ospedale S. Raffaele, Milano; [5]Clinica di Urologia Ospedale Maggiore della Carità, Novara; [6]Eli Lilly Italia; [7]Eli Lilly EuMed

184 - VARIAZIONE DELLA DETECTION RATE UTILIZZANDO DIVERSI SCHEMI BIOPTICI IN UN UNICO CAMPIONE DI PAZIENTI SOTTOPOSTI DI SATURAZIONE

Marchioro G.[1], Zaramella S.[1], Sala M.[2], Monesi G.[2], Sogni F.[1], Pisani R.[1], Tarallo M.[1], Vidali M.[3], Tarabuzzi R.[1], Gontero P.[1], Frea B.[4], Terrone C.[1]
[1]Clinica Urologica - Università degli Studi del Piemonte Orientale Novara; [2]U.O.A. di Urologia, Ospedale di Domodossola (VB); [3]Dipartimento di Scienze Mediche - Università degli Studi del Piemonte Orientale Novara; [4]Clinica Urologia - Università degli Studi di Udine

185 - ADENOCARCINOMA PRIMITIVO DELLA RETE TESTIS: DILEMMA DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

Sogni F.[1], Gontero P.[1], Monga G.[2], Marchioro G.[1], Ranzoni S.[1], Marchetti C.[1], Fontana F.[1], Tarallo M.[1], Terrone C.[1]
[1]Clinica Urologica - Università degli Studi del Piemonte Orientale - Novara; [2]Servizio di Anatomia Patologica - Università degli Studi del Piemonte Orientale - Novara

189 - ANCHE A BASSI VALORI DI PSA (0-2.5 ng/ml/cc) LA PSA DENSITY DELLA ZONA DI TRANSIZIONE HA UN RUOLO SIGNIFICATIVO NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA CARCINOMA PROSTATICO E PATOLOGIA PROSTATICA BENIGNA

[1]Roscigno M, [2]Ben Addi T, [2]Schulman CC, [1]Scattoni V, [1]Suardi N, [1]Rigatti P, [1]Raber M, [1]Montorsi F, [2]Zlotta AR
[1]Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; [2]University Clinics of Brussels, Brussels, Belgium

190 - FATTORI PREDITTIVI DI NECROSI TUMORALE NEL CARCINOMA RENALE A CELLULE CHIARE: ANALISI MULTIVARIATA DEI PARAMETRI ANATOMOPATOLOGICI E DI UN NUOVO RECETTORE ANGIOSTATICO

Gacci M.[1], Rossetti M.[1], Ierardi A.[1], Vittori G.[1], Lapini A.[1], Serni S.[1], Nesi G.[2], Palli D.[3], Romagnani P.[4], Romagnani S.[5], Carini M.[1]
[1]Clinica Urologica, Università di Firenze; [2]Anatomia Patologica, Università di Firenze; [3]Centro di Studio e Prevenzione Oncologica (CSPO), Firenze; [4]Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Università di Firenze; [5]Dipartimento di Medicina Interna, Università di Firenze

191 - DIFFERENZE CLINICHE ED ANATOMOPATOLOGICHE TRA PAZIENTI CON CARCINOMA PROSTATICO INTRACAPSULARE (PT2), CON INFILTRAZIONE CAPSULARE FOCALE SENZA PENETRAZIONE (PT2CAP+) ED EXTRACAPSULARE (PT3) IN UNA POPOLAZIONE A BUONA PROGNOSI

Gacci M.[1,] Rossetti M.[1], Ierardi A.[1], Vittori G.[1], Lapini A.[1], Serni S.[1], Mearini L.[2], Nesi G.[3], Palli D.[4], Montorsi F.[5], Porena M.[2], Carini M.[1]
[1]Clinica Urologica, Università di Firenze; [2]Clinica Urologica, università di Perugia; [3]Anatomia Patologica, Università di Firenze; [4]Centro di Studio e Prevenzione Oncologica (CSPO), Firenze; [5]Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele

192 - ESPRESSIONE DIFFERENZIALE DELLE LAMINE NUCLEARI E DELL'hnRNP K NEL TUMORE PROSTATICO

Barboro P.[1], Carpena D.[1], Repaci E.[1,2], Rubagotti A.[1,2], Boccardo F.[1,2], Salvi S.[1], Carnemolla B.[1], Romagnoli A.[3], D'Arrigo C.[4], Balbi C.[1]
[1]Istituto Scientifico per lo Studio e la Cura dei Tumori; [2]Dipartimento di Oncologia, Biologia e Genetica, Università di Genova; [3]Dipartimento di Urologia, Università di Genova; [4]Istituto di Macromolecole Sezione di Genova (C.N.R.)

193 - CORRELAZIONE FRA IL VOLUME PROSTATICO E IL RISCHIO DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO DI ALTO GRADO E/O DI MALATTIA PIU' ESTESA

Scattoni V., Roscigno M., Briganti A., Raber M., Dehò F., Sangalli M., Nava L., Suardi N., Freschi M.[1], Montorsi F., Rigatti P.
Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano;
[1]Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Scientifico San Raffaele,
Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

194 - LA BIOPSIA PROSTATICA TRANSRETTALE ESTESA CON 12 VERSUS 18 PRELIEVI. L'ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO SU PIÙ DI 3000 PAZIENTI

Scattoni V., Roscigno M., Maga T., Zanoni M., Riva M., Raber M., Dehò F., Sangalli M., Nava L., Suardi N., Freschi M.[1], Montorsi F., Rigatti P.
Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano;
[1]Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

196 - ATTIVITÀ ANTIPROLIFERATIVA DI CELECOXIB, UN INIBITORE SELETTIVO DELLA COX-2, SULLE LINEE CELLULARI DI CANCRO DELLA VESCICA

Pagliarulo V., Martines I., Ancona P., Albo G., Telari S., Bottalico M., Pagliarulo A.
Sezione di Urologia, Dipartimento dell'Emergenze e Trapianti d'Organi,
Università degli Studi di Bari, Bari

198 - PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA VS "OPEN": VALUTAZIONE DEL RECUPERO DELLA CONTINENZA URINARIA DOPO UN ANNO DI FOLLOW UP

Manferrari F., Bertaccini A., Garofalo M., Sanguedolce F., Costa F., Palmieri F., Provenzale M., Bizzarri C., Baccos A. Severini E., Franceschelli A., Schiavina R., Concetti S., Brunocilla E., Martorana G.
Clinica Urologica di Bologna, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

203 - INSOLITO FOLLOW-UP, DOPO 12 MESI DALL'INTERVENTO, DI UN PAZIENTE SOTTOPOSTO A PROSTATECTOMIA RADICALE

Martorana G.[1], Ferri C.[1], Garofalo M.[1], Urbinati M.[1], Severini E.[1], Cicchetti G.[1], Costa F.[1]
[1]Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

207 - TUMORI A CELLULE EPITELIOIDI PERIVASCOLARI ("PEComi"): ANALISI DELLE CARATTERISTICHE CLINICO-PROGNOSTICHE E DESCRIZIONE DI UN NUOVO CASO A LOCALIZZAZIONE PELVICA

Giglio M.[1], Lapetina C.[1], Caviglia C.[1], Sironi M.[2], Lanata S.[2], Estienne M.[3]
Medica S.C. di Urologia[1], Anatomia Patologica[2] e Radiologia[3], ASL 4 Liguria, Ospedale di Sestri Levante (Genova)

Sabato 2 dicembre 2006

ore 15.15 - 16.15 Sala Levante - Comunicazioni CA della prostata

Moderatori: *Pavone Macaluso Michele (Palermo), Di Lallo Alessandra (Campobasso)*

58 - VALORE PREDITTIVO DELL'HGPIN NELLA DIAGNOSI DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO

Gallo F.[1], Chiono L.[1], Gastaldi E.[1], Giberti C.[1]
[1]Dipartimento di Nefrourologia, Ospedale San Paolo, Savona

187 - UTILIZZO DELLA SPECT-CT E DELLA LINFOSCINTIGRAFIA NELLA RICERCA DEL LINFONODO SENTINELLA PER L'IRRADIAZIONE PELVICA NEL CARCINOMA DI PROSTATA (CaP)

Marchioro G.[1], Zaramella S.[1], Maso G.[1], Sogni F.[1], Gontero P.[1], Ranzoni S.[1], Tarallo M.[1], Rudoni M.[2], Inglese E.[2], Krengli M.[3], Ballarè A.[3], Frea B.[4], Terrone C.[1]
[1]Clinica Urologica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara;
[2]Servizio di Medicina Nucleare, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara; [3]Clinica Radioterapica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara;
[4]Cattedra di Urologia, Università degli Studi di Udine

23 - HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU): QUATTRO ANNI DI ESPERIENZA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO

Callea A., Zizzi V., Cafarelli A., Piccinni R., Berardi B., Sblendorio D., Tempesta A., Gala F., Fiorentino N., Traficante A.
AUSL BA 4, U.O. Clinicizzata di Urologia, Ospedale "Di Venere", Bari

18 - BRACHITERAPIA CON IMPIANTO PERMANENTE PER IL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO: L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

Vavassori A.[1], Cattani F.[2], Fodor A.[1], Ferrari A.[1], Pinzi V.[1], Lazzari R.[1], Rondi E.[2], Ciocca M.[2], Fodor C.[1], Jereczek-Fossa B.A.[1,4], Ivaldi G.[1], Zerini D.[1], DeCobelli O.[3], Matei D.V.[3], Scardino E.[3], Verwej F.[3], Rocco B.[3], Musi G.[3], Follini M.[3]
[1]Divisione Radioterapia, [2]Divisione Fisica Sanitaria, [3]Divisione Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano;
[4]Università degli Studi di Milano

93 - TOSSICITÀ INTESTINALE ED UROLOGICA IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA TRATTATI CON IRRADIAZIONE PROFILATTICA DEI LINFONODI PELVICI

Errico A.[1], Gambacorta M.A.[1], Mantini G.[1], Mattiucci G.C.[1], Di Rito A.[1], Frascino V.[1],Tagliaferri L.[1], Valentini A.L.[3], Deodato F.[2], Macchia G.[2], Morganti A.G.[2]
[1]Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; [2]U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [3]Radiodiagnostica, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

66 - NEOPLASIA PROSTATICA METASTATICA ORMONOREFRATTARIA: RUOLO PROGNOSTICO DEL PSA IN CORSO DI TRATTAMENTO CON DOCETAXEL

Consoli F.[1], Sava T.[1], Porcaro A.B.[2], Romano A.[3], Ghimenton C.[4], Mandarà M.[1], Merlin F.[1], Pavarana M.[1], Manno P.[1], Cetto G.L.[1]
[1]Oncologia Medica, Verona; [2]Urologia, Ospedale B.go Trento, Verona; [3]Radioterapia, Verona; [4]Anatomia Patologica, Ospedale B.go Trento, Verona

ore 15.15 - 16.15 Sala Libeccio - Comunicazioni Selezionate Terapia radiante e Terapia chirurgica

Moderatori: *Austoni Edoardo (Milano), Fellin Giovanni (Trento), Scattoni Vincenzo (Milano), Valdagni Riccardo (Milano), Porena Massimo (Perugia)*

16 - RADIOTERAPIA IPOFRAZIONATA ADIUVANTE SHORT COURSE CON TOMOTERAPIA ELICALE

Alongi F.[1], Cozzarini C.[1], Di Muzio N.[1], Rigoni L.[1], Fiorino C.[2], Broggi S.[2], Calandrino R.[2], Fazio F.[1,3]
[1]Radioterapia Oncologica, Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; [2]Dipartimento di Fisica Medica, Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; [3]IBFM-CNR, Università Milano-Bicocca

26 - RISULTATI DELLA TECNICA DI ENUCLEAZIONE NEL TRATTAMENTO CONSERVATIVO DEI TUMORI RENALI (RCC) CON DIAMETRO MASSIMO ≤ 4 CM: ANALISI A LUNGO TERMINE SU 232 PAZIENTI

Minervini A, Serni S, Masieri L, Lanzi F, Tosi N, Giubilei G, Lapini A, Carini M.
Clinica Urologica I, Università degli Studi di Firenze

47 - CHIRURGIA DELLE MASSE RESIDUE IN PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIA GERMINALE NON SEMINOMATOSA (NSGCC): LA NOSTRA CASISTICA

Dongiovanni D.[1], Barone C.[1], Dongiovanni V.[3], Fiori C.[2], Fontana D.[2], Ciuffreda L.[1], Bertetto O.[1]
[1]Divisione di Oncologia Medica 1 - A .O Molinette - Torino; [2]Divisione Universitaria di Urologia II - Università degli Studi di Torino - A.O. Molinette - Torino; [3]Oncologia Medica ASL 8 - Chieri (TO)

120 - TOSSICITA' RETTALE E GENITOURINARIA TARDIVE DOPO DUE DIFFERENTI SCHEMI DI FRAZIONAMENTO RADIANTE: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO

Petrongari M.G., Saracino B., Gomellini S., Arcangeli S., Landoni V., Marzi S., Assisi D., Lapenta R., Arcangeli G.
Istituto Regina Elena di Roma

94 - RADIOTERAPIA DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA: IMPATTO DELLA MALATTIA DIVERTICOLARE SULLA TOSSICITÀ RETTALE

Di Rito A.[1], Gambacorta M.A.[1], Luzi S.[1], Mantini G.[1], Mattiucci G.C.[1], Errico A.[1], Frascino V.[1], Tagliaferri L.[1], Gui B.[3], Deodato F.[2], Morganti A.G.[2], Cellini N.[1]
[1]Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; [2]U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [3]Radiodiagnostica, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore

83 - RISULTATI FUNZIONALI DELLA GLANDULECTOMIA CON RICOSTRUZIONE MEDIANTE LEMBO CUTANEO

Morelli G, Campo G, Pomara G.[1], Menchini Fabris F, Paperini D., Kunkova I., Pagni R., De Maria M., Minervini R.
U.O. Urologia Universitaria - Ospedale S. Chiara - Pisa; [1]U.O Urologia Ospedaliera - Ospedale S.Chiara - Pisa

ore 15.15 - 16.15 Sala Scirocco - Video Miscellanea

Moderatori: *Bianchi Giampaolo (Modena), Prezioso Domenico (Napoli)*

21 - RIPARAZIONE DI LESIONE DELLA PARETE CAVALE IN CORSO DI NEFRECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA

Cestari A.[1], Callea A., Berardi B., Piccinni R., Zizzi V., Sblendorio D., Tempesta A., Gala F., Crudele G., Cafarelli A., Guazzoni G.[1], Traficante A.
AUSL BA 4, U.O. Clinicizzata di Urologia, Ospedale "Di Venere" - Bari; [1]Istituto San Raffaele di Milano U.O. Urologia

126 - TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DI TUMEFAZIONE PARACAVALE ASINTOMATICA

Falsaperla M.[1], Salemi G.[1], Vicari S.[2], Angilello A.[2], Motta M.[1], Vecchio R.[2]
[1]Clinica Urologica - Università di Catania; [2]Dipartimento di Chirurgia - Università di Catania

136 - RAGGIUNGIMENTO DELL'EMOSTASI CON TACHOSIL NELLA TUMORECTOMIA RENALE

Marzotto M.[1], Sandri S.[1], Camazzola M.[1], Tagliabue A.[1], Gorgone B.[1]
[1]U.O. Urologia e Unità Spinale Ospedale "G.Fornaroli" Magenta (MI)

206 - TRATTAMENTO DI SALVATAGGIO CON CRIOTERAPIA DI TERZA GENERAZIONE, DOPO RADIOTERAPIA ESTERNA, NELL'ADENOCARCINOMA PROSTATICO

Matei D.V., Musi G., De Corbelli O.
Division of Urology - European Institute of Oncology

202 - LA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA NERVE SPARING: DESCRIZIONE DELLA TECNICA INTRAFASCIALE

Martorana G.[1], Manferrari F.[1], Garofalo M.[1], Bertaccini A.[1], Forlani T.[1], Palmieri F.1, Vitullo G.[1], Severini E.[1]
[1]Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

ore 15.15 - 16.15 - Area Poster - Poster Meet the Author

Moderatori: *Arcangeli Giorgio (Roma), Balbi Cecilia (Genova), Di Stasi Savino M. (Roma), Folco Ugo (Pietra Ligure), Iacopino Fortunata (Roma), Motta Mario (Catania), Severini Giuseppe (Bologna), Zezza Andrea (Chieti)*

9 - CORRELAZIONE TRA STADIO CLINICO E PATOLOGICO DELLE NEOPLASIE VESCICALI INFILTRANTI: 10 ANNI DI ESPERIENZA DEL NOSTRO ISTITUTO

Ruggiero G., Simonato A., Nordio A., Vota P., Curotto A., Ambruosi C., Clinica Urologica, Ospedale S.Martino, Genova

12 - LA RICOSTRUZIONE DELL'ALTA VIA ESCRETRICE

Romagnoli A., Simonato A., Traverso P., Ruggiero G., Vota P., Ambruosi C., Nordio A., Orlandini M., Carmignani G.
Clinica Urologica, Ospedale S. Martino, Genova

20 - LINFOADENECTOMIA PELVICA NEL CARCINOMA PROSTATICO CON PSA < 10 ng/ml

Berardi B., Callea A., Zizzi V., Cafarelli A., Piccinni R., Crudele G., Sblendorio D., Gala F., Tempesta A., Traficante A.
AUSL BA 4, U.O. Clinicizzata di Urologia, Ospedale "Di Venere", Bari

28 - ACCURATEZZA DIAGNOSTICA DELLA RISONANZA MAGNETICA CON BOBINA ENDORETTALE (ER-MRI) NELLA STADIAZIONE DEL CARCINOMA PROSTATICO CLINICAMENTE LOCALIZZATO

Porcaro A.B.[1],Migliorini F.[1], Monaco C.[1], Balzarro M.[1], Zecchini Antoniolli S.[1], Borsato A.[2],Ghimenton C.[3], Gortenuti G.[2], Longo M.[1], Pianon R.[1], Sava T.[4], Romano M.[5], Comunale L.[1]
[1]Unità Operativa di Urologia, [2]Dipartimento di Radiologia, [3]Dipartimento di Anatomia Patologica, [4]Unità Operativa di Oncologia, [5]Unità Operativa di Radioterapia Oncologica Ospedale Civile Maggiore, Verona

29 - RADIOTERAPIA 3-DIMENSIONALE CONFORMAZIONALE (3D-CRT) IPOFRAZIONATA NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA ALLO STADIO INIZIALE CON L'AUSILIO DELLA LOCALIZZAZIONE ECOGRAFICA QUOTIDIANA: DATI PRELIMINARI

Zerini D.[1,5], Jereczek-Fossa B.A.[1,2], Trovò M.[1], Vavassori A.[1], Cattani F.[3], Garibaldi C.[3], Cambria R.[3], Ivaldi G.[1], Valenti M.[3], Serafini F.[1], Franchi B.[1], Avuzzi B.[1], Fiore M.R.[1], Boboc G.[1], Fossati P.[1], Musi G.[4], Rocco B[4], De Cobelli O.[4], Orecchia R.[1,2]
[1]Div. di Radioterapia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [2]Università degli Studi di Milano; [3]Div. di Fisica Sanitaria, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [4]Div. di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [5]Borsa di Studio AICF

32 - USO DEL GEL AD ALTA VISCOSITÀ PER L'EMOSTASI FLOSEAL NELLA CHIRURGIA APERTA CONSERVATIVA DEI TUMORI RENALI. (ESPERIENZA PRELIMINARE)

Scardino E., Rocco B., Matei D. V., Verweij F., Follini M. L., Musi G., Pedroso E., Pimentel M., Detti S., De Cobelli O
Divisione di Urologia, Istituto Euopreo di Oncologia

35 - METASTASI TESTICOLARE DI RCC: CASE REPORT

Fiori C., Destefanis P., Bisconti A., Rosso R., De Maria C., Vigna D., Fontana D.
Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale S.Giovanni Battista-Molinette, Torino

36 - DESCRIZIONE DI UN RARO CASO DI METASTASI VAGINALE METACRONA DA CARCINOMA RENALE DEI DOTTI COLLETTORI INIZIALMENTE INQUADRATO COME CARCINOMA VULVARE PRIMITIVO

Spina B.[1], Truini M.[1], Tomassello L.[2], Gatteschi B.[1], Introini C.[3], Naselli A.[3]
[1]S.C. Anatomia Patologica, IST, Genova; [2]S.C. Oncologia Medica B, IST, Genova 3
S.C. Oncologia Chirurgica D (Urologica), IST, Genova

37 - LA TERAPIA ORMONALE INTERMITTENTE NEL CANCRO DELLA PROSTATA: DATI PRELIMINARI

Michetti P.M., Iori F., De Mayo E.E., Zampelli A., Zaccagnini M., De Dominicis C.
Dip.to di Urologia "U.Bracci" Policlinico Umberto I, Università di Roma "La Sapienza"

38 - RARO CASO DI CISTOADENOCARCINOMA SIEROSO PAPILLARE DEL TESTICOLO

Zampelli A., Iori F., Michetti P.M., De Mayo E.E., Orsolini G., De Dominicis C.
Dip.to di Urologia "U.Bracci" Policlinico Umberto I, Università di Roma "La Sapienza"

41 - RADIOTERAPIA AD INTENSITÀ MODULATA (IMRT) POSTOPERATORIA NEL CARCINOMA PROSTATICO R1

Digesù C.[1], Cilla S.[2], Cuscunà A.[3], Deodato F.[1], Di Lallo A.[3], Macchia G.[1], Mantini G.[4], Mattiucci G.C.[4], Piccolotti G.[5], Piermattei A.[2], Cellini N.[4], Morganti A.G.[1]
[1]UO Radioterapia, [2]UO Fisica Sanitaria, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II"; [3]UO di Urologia, Presidio Ospedaliero A. Cardarelli, Campobasso; [4]Cattedra di Radioterapia, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; [5]UO di Urologia, ASL Lanciano-Vasto

42 - RUOLO DELLA STADIAZIONE CLINICA NELLA INDIVIDUAZIONE DI COMORBIDITÀ RILEVANTI AL FINE DELL'INDICAZIONE ALLA RADIOTERAPIA

Digesù C.[1], Ciuffreda M.[2], Cuscunà A.[3], Deodato F.[1], Di Lallo A.[3], Luzi S.[4], Mantini G.[4], Mattiucci G.C.[4], Macchia G.[1], Mùrino P.[1], Restaino G.[2], Sallustio G.[2], Cellini N.[4], Morganti A.G.[1]
[1]U.O. Radioterapia, [2]U.O. Radiodiagnostica, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [3]U.O. Urologia, Presidio Ospedaliero A Cardarelli, Campobasso; Cattedra di [4]Radioterapia, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

48 - UTILIZZO DELLA 18FDG PET NEL PAZIENTE CON NEOPLASIA GERMINALE IN STADIO I: NOSTRA ESPERIENZA

Barone C.[1], Dongiovanni D.[1], Dongiovanni V.[3], Fiori C.[2], Fontana D.[2], Bertetto O.[1], Ciuffreda L.[1]
[1]Divisione di Oncologia Medica 1- A .O Molinette Torino; [2]Divisione Universitaria di Urologia II - Università degli Studi di Torino - A.O. Molinette-Torino; [3]Oncologia Medica ASL 8 - Chieri (TO)

49 - "LATE RELAPSE" DI TUMORE DEL TESTICOLO: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Fiori C.[1], Barone C.[2], Dongiovanni D.[2], Destefanis P.[1], Cugiani A.[1], Ciuffreda L.[2], Bertetto O.[2], Fontana D.[1]
[1]Divisione Universitaria di Urologia II - Università degli Studi di Torino - A.O. Molinette-Torino; [2]Divisione di Oncologia Medica 1 - A .O Molinette, Torino

50 - STUDIO DELLA PROTEOMICA E DELL'ESPRESSIONE GENICA NELLE NEOPLASIE DEL TESTICOLO

Destefanis P.[1], Fiori C.[1], Barbero G.[2], Ceruti C.[1], Mandili G.[2], Giribaldi G.[2], Cugiani A.[1], Carta F.[3], Fontana D.[1], Turrini F. [2]
[1]Divisione Universitaria di Urologia II - Dipartimento di Discipline Medico Chirurgiche; [2]Dipartimento di Genetica, Biologia, Biochimica-Università degli Studi di Torino, Università degli Studi di Torino - A.O. Molinette-Torino; [3]Porto Conte Ricerche, Alghero (SS)

53 - POSSIBILE RUOLO DEL SISTEMA DELLE GLIOSSALASI NEL CONTROLLO DELLA PROLIFERAZIONE CELLULARE INDOTTA DA TESTOSTERONE E LETROZOLO IN CELLULE DI CARCINOMA PROSTATICO ANDROGENO-INDIPENDENTE

Mearini E.[1], Cottini E.[1], Serva M.R.[1], Del Buono C.[2], Antognelli C.[2], Talesa V.N.[2]
[1]Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche e Sanità Pubblica, Clinica Urologica, Policlinico Monteluce; [2]Dipartimento di Medicina Sperimentale e Scienze Biochimiche Sezione di Biologia Cellulare e Molecolare, Perugia

54 - RUOLO DEL SISTEMA DELLE GLIOSSALASI NEL CONTROLLO DELLA PROLIFERAZIONE CELLULARE IN CELLULE DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO ANDROGENO-DIPENDENTI (LNCaP) TRATTATE CON TESTOSTERONE E LETROZOLO

Mearini E.[1], Cottini E.[1], Serva M.R.[1], Del Buono C.[2], Antognelli C.[2], Talesa V.[2]
[1]Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche e Sanità Pubblica, Clinica Urologica Policlinico Monteluce; [2]Dipartimento di Medicina Sperimentale e Scienze Biochimiche Sezione di Biologia Cellulare e Molecolare, Perugia

55 - ACCURATEZZA DIAGNOSTICA DELLA SECONDA AGOBIOPSIA PROSTATCA: VERIFICA SUL CAMPIONE CHIRURGICO DI PROSTATECTOMIA RADICALE

Maffezzini M.[1], Campodonico F.[1], Turbino L.[2], Capponi G.[1], Bandelloni R.[2]
[1]SC Urologia, [2]SC Anatomia Patologica, Ospedali Galliera, Genova

56 - TERMOCHEMIOTERAPIA VESCICALE (SYNERGO): STRATEGIE DI OTTIMIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO

Verweij F., Follini M., Matei D.V., Rocco B., Scardino. E., Pedroso E., Pimentel M.. De Cobelli. O.
Divisione di Urologia Istituto Europeo di Oncologia - Milano

67 - CISTECTOMIA SEX-SPARING CON RIMOZIONE COMPLETA DELLA PROSTATA

P. Puppo, C.Introini, A Naselli, F. Bertolotto, L. Timossi
Istituto Tumori di Genova

68 - MARROW INVOLVEMENT IN PROSTATE CANCER: A CASE REPORT

Morelli F.[1], Palomba G.[1], Aieta M.[1], Di Micco C.[1], Bisceglia M.[2], Ricci Barbini V.[3], Cascavilla N.[4], Maiello E.[1]
[1]Oncology Unit; [2]Pathology Unit; [3]Urology Unit; [4]Haematology Unit
IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo

69 - PENILE CARCINOMA: MONO-INSTITUTIONAL EXPERIENCE

Morelli F.[1], Nanni L.[1], Di Noia D.[2], Sebastio N.[2], Ricci Barbini E.[2], Ricci Barbini V.[2], Maiello E.[1]
[1]Oncology Unit 2 Urology Unit-IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo;
[1]Oncology Unit 2 Urology Unit-IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo

79 - IL TRATTAMENTO DELL'EMATURIA MASSIVA INTRATTABILE MEDIANTE EMBOLIZZAZIONE DELLE ARTERIE IPOGASTRICHE

Trombetta C., Liguori G., Bucci S., Salamè L., Amodeo A., Pozzi-Mucelli F.[1], Belgrano E.
Clinica Urologica, Università degli Studi di Trieste; [1]Radiologia, Università degli Studi di Trieste

81 - TRE NEOPLASIE PRIMITIVE, SINCRONE E DI ISTOTIPO DIVERSO DELLA VESCICA

Campo G, Menchini-Fabris F., De Maria M., Giannarini G., Morelli G., Manassero F., Mogorovich A., Selli C.
Urologia Universitaria, Pisa

82 - CARCINOMA UROTELIALE DELLA VESCICA IN ETÀ PEDIATRICA

Campo G., Menchini Fabris F., Paperini D., Ales V., Morelli G., De Maria M., Selli
U.O. Urologia Universitaria "Ospedale S. Chiara" Pisa

84 - CARCINOMA VESCICALE TRATTATO CON CISTECTOMIA RADICALE E CONFEZIONAMENTO DI NEOVESCICA ILEALE SEC. STUDER IN PAZIENTE DI 34 ANNI

Campo G., Menchini Fabris F., Giannarini G., Ales V., Manassero F., Cuttano G., De Maria M., Selli C.
U.O. Urologia Universitaria "Ospedale S. Chiara " Pisa

87 - PRIMARY CLASSIC PENILE KAPOSI'S SARCOMA IN AN ELDERLY HIV-NEGATIVE PATIENT

Margaritopoulou A.[1], Klimis T.[2], Panopoulos I.[1], Kokotas N.[1]
[1]Department of Urology and [2]Pathology, 3rd Hospital of Social Insurance Institution, Athens, Greece

95 - ESTRAZIONE TESTICOLARE DI SPERMATOZOI IPSILATERALE AL TESTICOLO NEOPLASTICO IN PAZIENTI AZOOSPERMICI

Carmignani L.[1], Gadda F.[1], Gazzano G.[2], Ragni G.[3], Paffoni A.[3], Rocco F.[1], Colpi G.M.[4]
[1]Istituto di Urologia, Clinica Urologica I, Università degli Studi di Milano; [2]Servizio di Anatomia Patologica, A.O. San Paolo, Università degli Studi di Milano; [3]Servizio di Andrologia e Sterilità di Coppia, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; [4]Unità Operativa di Andrologia, A.O. San Paolo, Milano

97 - PARAMETRI PROGNOSTICI NELLE LESIONI ECOGRAFICHE IMPALPABILI DEL TESTICOLO NELL'ADULTO

Carmignani L.[1], Morabito A.[2], Gadda F.[1], Bozzini G.[1], Rocco F.[1], Colpi G.M.[3]
[1]Istituto di Urologia, Clinica Urologica I - Università degli Studi di Milano; [2]Dipartimento di Statistica, Università degli Studi di Milano, A.O. San Paolo, Milano; [3]U.O. Andrologia, A.O. San Paolo, Milano

103 - IL PSA SLOPE È MIGLIORE DEL PSA VELOCITY

Benecchi L., Pieri A. M., Potenzoni M., Destro Pastizzaro C., Uliano N., Martens D., Savino A., Prati A., Arnaudi R., Potenzoni D.
Divisione di Urologia, Ospedale di Fidenza (Parma)

109 - MESSA A PUNTO DI UN VACCINO CELLULARE PER LA CURA DEL TUMORE PROSTATICO

Brusa D., Bisignano G., Greco A, Signorino E., Tizzani A., Matera L.
Progetto Prostata-Centro per la Ricerca, la Diagnosi, la Terapia del Tumore Prostatico, Università di Torino

111 - TRATTAMENTO PERCUTANEO DI UROTELIOMA DELLA PELVIRENALE CON LASER A TULLIO: DESCRIZIONE DI UN CASO

Corbu C., Gastaldi C., Banchero R., Ruggiero G., Romagnoli A., Carmignani G.
Clinica Urologica "L. Giuliani", Azienda Ospedaliera San Martino, Genova

112 - CASO CLINICO DI PARAGANGLIOMA VESCICALE

Corbu C., Gastaldi C., Pacella M., Ambruosi C., Petrera P., Carmignani G.
Clinica Urologica "L. Giuliani" Azienda Ospedaliera San Martino, Genova

113 - SARCOMA SINOVIALE DEL RENE

Corbu C., Ambruosi C., Venzano F., Petrera P., Romagnoli A., Carmignani G.
Clinica Urolgica "L. Giuliani", Azienda Ospedaliera San Martino, Genova

115 - PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA "CONTINENCE SPARING": VALUTAZIONE DEI MARGINI CHIRURGICI E DELLA RIPRESA BIOCHIMICA DI MALATTIA

Perugia G., Di Viccaro D., Teodonio S., Di Natale G., Liberti M.
Dipartimento di Urologia U. Bracci - Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

117 - VOLUMINOSO TUMORE BENIGNO PARAVESCICALE: DIFFICOLTÀ DIAGNOSTICHE E SOLUZIONE CHIRURGICA

Varaldo M.[1], Moretti M.[1], Benvenuti S.[1], Cichero A.[1], Iacoviello M.[1], Malcangi B.[1], Pittaluga P.[1], Tunesi G.[2]
[1]Struttura Complessa di Urologia Az. Osp. Villa Scassi-Genova;
[2]Struttura Complessa di Anatomia ed Istologia Patologica Az. Osp. Villa Scassi, Genova

118 - UTILIZZO DI DULOXETINA NELLA INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POSTCHIRURGICA

Moretti M., Benvenuti S., Cichero A., Iacoviello M., Iacoviello P., Malcangi B., Pittaluga P., Varaldo M.
Unità Operativa di Urologia - Azienda Ospedaliera Villa Scassi, Genova

119 - IL COLOR DOPPLER NELL'ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE È UTILE PER L'INDICAZIONE ALLA BIOPSIA?

Moretti M., Benvenuti S., Cichero A., Iacoviello M., Iacoviello P., Malcangi B., Pittaluga P., Varaldo M.
Struttura Complessa di Urologia - Az. Osp. Villa Scassi, Genova

121 - IPOFRAZIONAMENTO VERSUS FRAZIONAMENTO STANDARD NEI TUMORI PROSTATICI: ANALISI DELLA TOSSICITÀ ACUTA

Petrongari M.G., Saracino B., Gomellini S., Arcangeli S., Landoni V., Marzi S., Benassi M., Arcangeli G.
Istituto Regina Elena, Roma

122 - RISULTATI PRELIMINARI DELLE REBIOPSIE PROSTATICHE A DUE ANNI IN PAZIENTI CON TUMORE PROSTATICO TRATTATI CON DUE DIVERSI FRAZIONAMENTI DI RADIOTERAPIA: STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II

Petrongari M.G., Saracino B.,Gomellini S., Arcangeli S., Sentinelli S., Canitano S., Marsella A., Arcangeli G.
Istituto Regina Elena, Roma

123 - GEMCITABINA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA VESCICALE SUPERFICIALE REFRATTARIO A TERAPIA CON BCG O CHEMIOTERAPICI

Olivieri M.R., Iantorno R., Nicolai M., Coschignano G., Tenaglia R.L.
Clinica Urologica ed Andrologica, Chieti

---

124 - RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO: ESISTE UN'UNICA FORMA D'INCONTINENZA URINARIA POST-PROSTATECTOMIA RADICALE?

Falsaperla M., Polara A., Saita A., Ficicchia L., Bonaccorsi A., Marchese F., Motta M.
Clinica Urologica - Università di Catania

---

129 - RECUPERO CHIRURGICO DI SPERMATOZOI DAL TESTICOLO DI PAZIENTI AZOOSPERMICI DOPO TRATTAMENTO PER NEOPLASIA: NOSTRA ESPERIENZA

Rolle L., Tamagnone A., Timpano M., Negro C, Cugiani A., CerutiC., Fontana D.
Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale S.Giovanni Battista - Molinette, Torino

---

130 - ESPLORAZIONE MICROCHIRURGICA DEL TESTICOLO PER IL TRATTAMENTO "TESTIS SPARING" DELLE LESIONI TESTICOLARI IPOECOGENE NON PALPABILI

Rolle L.[1], Timpano M.[1], Tamagnone A.[1], Destefanis P.[1],Fiori C.[1], Bosio A.[1], Ceruti C.[1], Negro C.[1], Cugiani A.[1], Fauciglietti P.[2], Fontana D.[2]
[1]Divisione Universitaria di Urologia 2 Ospedale MAggiore San Giovanni Battista - Molinette, Torino;
[2]Divisione di Radiologia Diagnostica 2 D.E.A. Ospedale Maggiore San Giovanni Battista - Molinette, Torino

---

133 - TRATTAMENTO MULTIPLO, BRACHITERAPIA, ORMONOTERAPIA E RADIAZIONI A FASCI ESTERNI, IN PAZIENTI CON CARCINOMA PROSTATICO AD ALTO RISCHIO. TOLLERABILITÀ E RISULTATI A 24 MESI DI FOLLOW-UP

Maffezzini M.[1], Gavazzi L.[1], Calcagno T.[1], Ricci P.[2], Gambaro M.[3], Grimaldi A.[2], Vaccara E.[3], Siragusa A.[2], Taccini G.[3], Grillo Ruggeri F.[2]
[1]SC Urologia, [2]SC, Radioterapia, [3]SC Fisica Sanitaria, Ospedali Galliera, Genova

---

134 - RIPRESA PRECOCE DELLA FUNZIONE INTESTINALE DOPO CISTECTOMIA RADICALE E DERIVAZIONE URINARIA INTESTINALE PER CARCINOMA TRANSIZIONALE INFILTRANTE

Maffezzini M.[1], Gerbi G.[2], Campodonico F.[1], Parodi D.[2], Canepa G.[1]
[1]SC Urologia, [2]SC Anestesia e Rianimazione, Ospedali Galliera, Genova

---

142 - PAZIENTE CON CIS PLURIRECIDIVO E PLURIFOCALE TRATTATO CON GEMCITABINA

Del Zingaro M., Ioannidou, Cochetti G., Saccomanni M., Zucchi A., Mearini L.
Clinica Urologia ed Andrologica, Policlinico Monteluce, Perugia

---

143 - TRATTAMENTO ENDOVESCICALE CON GEMCITABINA IN PAZIENTI CON TUMORE VESCICALE SUPERFICIALE AD ALTO RISCHIO DI PROGRESSIONE E MALATTIA: NOSTRA ESPERIENZA

Del Zingaro M., Ioannidou, Cochetti G., Saccomanni M., Costantini E., Porena M.
Clinica Urologia ed Andrologica, Policlinico Monteluce, Perugia

---

149 - TURP TOTALE COME SCELTA DI TRATTAMENTO DI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO

Fenice O.R., Tiraboschi B., Morosini D., Ghilardi M., Gritti A.
Unità Operativa di Urologia Policlinico San Pietro Ponte San Pietro (BG)

---

152 - STENOSI DELL'ANASTOMOSI VESCICOURETRALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA: NOSTRA ESPERIENZA

Gamba P. Marino G. Caputo A. Laudi M.
S.C. Urologia Aso Ordine Mauriziano, Torino

---

164 - CONFRONTO TRA LE ALTERAZIONI MICROSATELLITI SUL CROMOSOMA 9 AREA P21 ED ESPRESSIONE DELLE PROTEINE DEL CICLO CELLULARE: ANALISI MORFOLOGICA E MOLECOLARE SU 56 TUMORI UROTELIALI DELLA VESCICA

Cai T.[1], Dal Canto M.[2], Nesi G.[3], Girardi LR.[3], Gavazzi A.[1], Sarti E.[1], Meliani E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Mondaini N.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze
[2]Clinica Urologica, Università degli Studi di Firenze, Firenze [3]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

---

167 - LA DEFINIZIONE PATOLOGICA DI CARCINOMA UROTELIALE "NESTED TYPE" DELLA VESCICA HA UN'IMPLICAZIONE NELLA PRATICA CLINICA?

Gavazzi A.[1], Cai T.[1], Tinacci G.[2], Nesi G.[3], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Enzo Z.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze;
[2]U.O. Anatomia Patologica, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze;
[3]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

---

169 - RAPPORTO TRA NUMERO DELLE BIOPSIE POSITIVE ED IL VOLUME PROSTATICO TOTALE: ESISTE UN SUO RUOLO NELLA PREDIZIONE DELLO STADIO PATOLOGICO?

Cai T.[1], Nesi G.[2], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Gavazzi A.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze;
[2]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

170 - ANALISI DELL'EFFICACIA DELLA GEMCITABINA IN TERAPIA ADIUVANTE ENDOCAVITARIA NEI PAZIENTI BCG-REFRATTARI

Gavazzi A., Cai T., Farina U., Sarti E., Costanzi A., Melone F., Meliani E., Mondaini N., Bartoletti R.
U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze

---

177 - ACUTE COMPLICATIONS AFTER RADIOTHERAPY FOR PROSTATE CANCER WITH ESCALATING DOSES FROM 70 TO 78 GY

Tumminello E.[1], La Paglia L.[1], Evangelista G.[2], Cucchiara T.[2], Ferrera G.[2], Bono M.2, Montemaggi P.2
[1]Scuola di Specializzazione in Radioterapia- Istituto di Radiologia - Policlinico Università di Palermo;
[2]U.O. Radioterapia M.Ascoli - ARNAS, Palermo

---

179 - SVILUPPO E VALIDAZIONE DI UN NOMOGRAMMA PER PREDIRE LA PROBABILITÀ DI METASTASI LINFONODALI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE E LINFADENECTOMIA PELVICA ESTESA

Briganti A.[1], Salonia A.[1], Zanni G.[1], Gallina A.[1], Suardi N.[1], Da Pozzo L.F.[1], Scattoni V.[1], Raber M.[1], Montorsi F.[1], Rigatti P.[1], Karakiewicz P.I.[2]
[1]Cattedra di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; [2]Cancer Prognostics and Health Outcomes Unit, University of Montreal, Canada

---

186 - IMPIEGO DELLA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (IORT) IN CORSO DI PROSTATECTOMIA RADICALE (PR) PER CARCINOMA PROSTATICO (CaP) LOCALMENTE AVANZATO

Frea B.[1], Zaramella S.[2], Gontero P.[2], Marchioro G.[2], Sogni F.[2], Ranzoni S.[2], Tarabuzzi R.[2], Ballare A.[3], Loi G.[4], Krengli M.[3], Terrone C.[2]
[1]Cattedra di Urologia, Università degli Studi di Udine; [2]Clinica Urologica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara;
[3]Clinica Radioterapica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara;
[4]Fisica Medica, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara

---

197 - ALLA RICERCA DI INDICI PROGNOSTICI DI AGGRESSIVITÀ NEOPLASTICA NEL TUMORE PROSTATICO: IL NUMERO DI PRELIEVI POSITIVI ALLA BIOPSIA PROSTATICA

Albo G., Pagliarulo V., Abbinante M., Lorusso A., Alba S.,Pagliarulo A.
Sezione di Urologia, Dipartimento dell'Emergenza e Trapianto d'Organi, Università degli Studi di Bari

---

199 - IL RUOLO DELLA CHIRURGIA RENALE CONSERVATIVA: 10 ANNI DI ESPERIENZA

Martorana G.[1], Brunocilla E.[1], Concetti S.[1], Franceschelli A.[1], Sanguedolce F.[1], Schiavina R.[1], Palmieri F.[1], Vitullo G.[1], Martinelli A.[1], Severini E.[1]
[1]Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

---

200 - INUSUALE PRESENTAZIONE DI DUE CASI DI NEOPLASIA PENIENA IN STADIO AVANZATO: DESCRIZIONE DEI CASI CLINICI

Martorana G.[1], Soli M.[2], Modenini F.[2], Urbinati M.[1], Severini E.[1], Cicchetti G.[1], Palmieri F.[1], Forlani T[1], Costa F.[1]
[1]Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna; [2]Struttura Semplice Dipartimentale di Andrologia, Dipartimento Chiurirgie Specialistiche e Anestesiologia, Policlinico Ospedaliero-Universitario S.Orsola-Malpighi, Bologna

---

201 - VARIAZIONE NEL TEMPO DI INCIDENZA E SIGNIFICATO PREDITTIVO (DI CARCINOMA IN SUCCESSIVE BIOPSIE) DEL RISCONTRO DI "PIN" E "ASAP" IN MAPPING PROSTATICI DAL 1995

Bollito E.[1], Volante M.[1,6], Terrone C.[4,7], Bellina M.[5], Fontana D.[3,6], Scarpa R.M.[2,6], Papotti M.[1,6]
[1]Divisioni Universitarie di Anatomia Patologica e di [2]Urologia Ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO);
[3]Divisione Universitaria di Urologia II Ospedale Maggiore San Giovanni Battista di Torino; [4]Divisione Universitaria di Urologia Ospedale Maggiore La Carità di Novara; [5]U.OC. Urologia Ospedale degli Infermi di Rivoli;
[6]Università degli Studi di Torino e [7]Università degli Studi del Piemonte Orientale

XVI CONGRESSO NAZIONALE
SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA ONCOLOGICA (S.I.Ur.O.)

Genova, 30 Novembre - 3 Dicembre 2006

INFORMAZIONI GENERALI

Sede Congressuale
Genova Cotone Congressi
Ingresso Sala Maestrale - Modulo 10 - Porto Antico - 16128 Genova
Tel. +39 010 2485611 - Fax +39 010 2758929

Segreteria Organizzativa
Emilia Viaggi Congressi & Meeting srl
Via Porrettana, 76/2
40033 Casalecchio di Reno (Bo)
Tel. +39 051 6194911
Fax +39 051 6194900
evcongressi@emiliaviaggi.it
Recapiti c/o Sede Congressuale
Tel. +39 010 2751721
Fax +39 010 2751724

Segreteria S.I.Ur.O.
Società Italiana di Urologia Oncologica (S.I.Ur.O.)
c/o Clin. Urologica Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Policlinico S. Orsola - Malpighi, Padiglione Palagi
Via P. Palagi, 9 - 40138 Bologna
Tel. +39 051 6362421
Fax +39 051 308037
Recapiti c/o Sede Congressuale
Tel. +39 010 2751721
Fax +39 010 2751724

QUOTE DI ISCRIZIONE E REGOLAMENTO

Quote	Dopo il 12 Ottobre e in Sede Congressuale
Quota di Partecipazione NON SOCI	€ 620,00 + IVA 20% (€ 744,00)
Quota di Partecipazione SOCI S.I.Ur.O	€ 480,00 + IVA 20% (€ 576.00)
Iscrizione giornaliera	€ 350,00 + IVA 20% (€ 420.00)
Quota per Specializzandi SOCI S.I.Ur.O	€ Nessuna quota
Quota Specializzandi NON SOCI S.I.Ur.O	€ 30,00 + IVA 20% (€ 36,00)
Quota per Infermieri[3] (solo per il Corso Infermieri)	€ 50,00 + IVA 20% (€ 60.00)
Cena Sociale	€ 80,00 + IVA 20% (€ 96.00)

ESPOSITORI / SPONSOR

Verranno forniti su richiesta un massimo di nr. 3 badges gratuiti NON NOMINATIVI per Azienda. Il badge da diritto alla Cerimonia Inaugurale, ai Sandwich Lunch, ai Coffee Break e all'accesso all'Area Espositiva. Ulteriori badges verranno rilasciati dietro pagamento di una quota di € 30,00 + IVA 20%.

[1]I soci S.I.Ur.O devono essere in regola con il pagamento della quota associativa.

[2]L'iscrizione degli Specializzandi deve essere accompagnata da una dichiarazione della Scuola di Specializzazione di appartenenza.

[3]La scheda di adesione degli Infermieri deve essere accompagnata dalla fotocopia del tesserino sanitario. La quota da diritto a partecipare esclusivamente al Corso Infermieri.

La quota d'iscrizione comprende: Partecipazione ai Lavori Scientifici, Cerimonia Inaugurale, "Kit" Congressuale, Attestato di partecipazione, Volume degli Abstracts, Sandwich Lunch, Coffee Break.

Le iscrizioni effettuate direttamente in Sede Congressuale potranno essere pagate tramite contanti, assegni bancari o circolari non trasferibili, bancomat e carta di credito. A seguito del pagamento verrà rilasciata ricevuta cui farà seguito relativa fattura.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Regole Generali

Per l'iscrizione al Congresso sia individuale, sia di gruppo, occorre compilare in ogni sua parte ed inviare, per posta o per fax, la scheda d'iscrizione alla Segreteria Organizzativa, allegando la ricevuta dell'avvenuto pagamento.
In caso di mancanza dei sopraccitati requisiti la scheda non sarà tenuta in considerazione.

Al ricevimento delle iscrizioni, la Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la fattura.
Nel caso in cui pervenissero iscrizioni non indicanti se la persona è socio della Società Italiana di Urologia Oncologica (S.I.Ur.O.), il pagamento dovrà essere comunque pari alla quota NON SOCIO. Sarà cura della Segreteria Organizzativa verificare l'appartenenza alla S.I.Ur.O e stornare l'eventuale differenza.
Si suggerisce di verificare in anticipo l'appartenenza alla S.I.Ur.O degli iscriventi inviando un fax alla Segreteria Organizzativa.
La prima scadenza per l'iscrizione al Congresso è giovedì 12 ottobre 2006. Le pre-iscrizioni verranno accettate entro e non oltre venerdì 27 ottobre 2006. Dopo tale data si accetteranno solamente iscrizioni in Sede Congressuale.

Segreteria Organizzativa
Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.
Via Porrettana, 76/2
40033 Casalecchio di Reno (Bo)
Tel. +39 051 6194911
Fax +39 051 6194900
E-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it – web: www.emiliaviaggi.it

Aziende/Agenzie
In aggiunta alle modalità di iscrizione generali sopracitate, nel caso di sponsorizzazioni di gruppo o individuali sulla scheda dovrà essere indicato il riferimento dell'Azienda sponsorizzatrice e dell'eventuale Agenzia a cui fatturare.

Ritiro pre - iscrizioni da parte di Aziende/Agenzie
Il ritiro delle pre-iscrizioni di Agenzie/Aziende avverrà in Sede Congressuale in forma individuale da parte di ciascun pre-iscritto. Le Aziende/Agenzie dovranno obbligatoriamente richiedere per iscritto, contestualmente all'invio delle schede di iscrizione, un APPUNTAMENTO alla Segreteria Organizzativa. In questa sede verranno verificate le pre-iscrizioni già ricevute, accettati i cambi nome ed evase nuove iscrizioni non effettuate entro venerdì 27 ottobre 2006. Al ricevimento dell'iscrizione di gruppo, la Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la fattura con l'orario ed il giorno assegnato per l'appuntamento.

Rinunce
Entro venerdì 27 ottobre 2006 sarà rimborsato il 50% della quota pagata al netto delle spese bancarie. Dopo il 27 ottobre 2006 non si avrà diritto a nessun rimborso. I rimborsi verranno effettuati dopo la chiusura del Congresso. Tutte le rinunce dovranno pervenire per iscritto.

Cambi nome
Sono permessi fino a venerdì 27 ottobre 2006. Tutti i cambi nome dovranno pervenire per iscritto. Oltre tale data potranno effettuarsi in Sede Congressuale. Le sostituzioni dovranno eseguirsi tramite nuova scheda di iscrizione.
In Sede Congressuale eventuali cambi nomi di partecipanti sponsorizzati verranno accettati solo con una dichiarazione scritta di autorizzazione da parte dell'Azienda Sponsor.

Ritiro pre - iscrizioni individuali e nuove iscrizioni
Il Desk per il ritiro in Sede Congressuale delle pre-iscrizioni individuali e delle nuove iscrizioni sarà aperto nei giorni:
- Giovedì 30 Novembre dalle ore 10.00 alle ore 21.00
- Venerdì 1 Dicembre dalle ore 07.30 alle ore 19.30
- Sabato 2 Dicembre dalle ore 07.30 alle ore 19.30
- Domenica 3 Dicembre dalle ore 07.30 al termine del Congresso

Modalità di pagamento iscrizioni:
Il pagamento dovrà essere effettuato tramite:
- Bonifico Bancario: Cassa Di Risparmio di Cesena – Fil. Casalecchio di Reno (Bo)
  c/c 000000000833 ABI 06120 CAB 36670, CIN W intestato a E.V.C.M. S.r.l.
  causale: XVI SIUrO 2006 + quota di iscrizione + nome iscritto.
  (Esempio: XVI SIUrO + socio + Dott. Rossi Marco).
- Assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a: E.V.C.M. S.r.l.. L'assegno dovrà essere accompagnato da lettera in cui si specifica causale del pagamento.

Le iscrizioni effettuate direttamente in Sede Congressuale potranno essere pagate tramite contanti, assegni bancari o circolari non trasferibili e bancomat. A seguito del pagamento verrà rilasciata ricevuta cui farà seguito relativa fattura.

Fatturazione
Per la fatturazione, indicare chiaramente sulla scheda di adesione l'intestazione, il codice fiscale e/o partita IVA e l'indirizzo completo.

BADGE

Ogni partecipante regolarmente iscritto riceverà un badge con codice a barre che conterrà tutti i dati a lui relativi. Ciò consentirà l'accesso alle sessioni del Congresso ed alla Cerimonia Inaugurale.
Il badge è l'unica chiave di accesso al Congresso e l'unico mezzo per l'assegnazione dei crediti E.C.M.
Si prega pertanto di tenere sempre con sè il badge.

Colori di identificazione

Blu	Congressisti
Rosso	Giornalieri
Verde	Organizzazione
Giallo	Stampa
Azzurro	Espositori
Grigio	Infermieri

ORARI SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Sede Congressuale

Centro Congressi Magazzini del Cotone
Ingresso Sala Maestrale - Modulo 10 - Porto Antico
16128 Genova
Recapiti Segreteria Organizzativa c/o Sede Congressuale:
Tel. +39 010.2751721 Fax +39 010.2751724
La Segreteria Organizzativa presso la Sede Congressuale sarà attiva a partire da Giovedì 30 Novembre 2006 dalle ore 10.00.

- Giovedì 30 Novembre dalle ore 10.00 alle ore 21.00
- Venerdì 1 Dicembre dalle ore 07.30 alle ore 19.30
- Sabato 2 Dicembre dalle ore 07.30 alle ore 19.30
- Domenica 3 Dicembre dalle ore 07.30 al termine del Congresso

Certificati di Partecipazione

L'attestato di partecipazione verrà rilasciato presso il Desk della Segreteria Organizzativa al termine del Congresso. Il certificato verrà rilasciato solo a fronte della restituzione del badge e dei questionari "pre" e "post" valutazione.

CONDIZIONI GENERALI DI PRENOTAZIONE

Per informazioni e prenotazioni rivolgersi a

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.
Via Porrettana, 76/2 - 40033 Casalecchio di Reno (Bo)
Tel. +39 051 6194911 - Fax +39 051 6194900
E-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it - web: www.emiliaviaggi.it

Modalità di prenotazione

Per prenotare una o più camere è obbligatorio compilare ed inviare la SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA ed il relativo pagamento (assegno o copia bonifico bancario) ad Emilia Viaggi Divisione Congressi & Meeting entro il 28 luglio 2006 (non si accettano prenotazione telefoniche, ma solo scritte via fax o e-mail).
L'assegnazione delle camere sarà effettuata secondo l'ordine di arrivo delle richieste. In ogni caso sarà assegnato un albergo di pari categoria e, ad esaurimento della categoria prescelta, sarà proposta una categoria diversa.
Per poter garantire la prenotazione è necessario ricevere l'importo totale dei pernottamenti più € 20,00 IVA inclusa (per camera) come diritto di prenotazione non rimborsabile in nessun caso.

Modalità di pagamento

- Assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a: Emilia Viaggi S.n.c.
- Bonifico bancario intestato a: Emilia Viaggi S.n.c.

Banca BNL IT 11Y0100536670000000005568.
In caso di mancato pagamento la prenotazione verrà automaticamente cancellata.

Cancellazioni e Rimborsi

Si accetteranno cambi di nominativi solo tramite comunicazione via e-mail o fax entro e non oltre giovedì 12 ottobre 2006.
In caso di cancellazione della prenotazione effettuata (da comunicarsi per iscritto) verranno applicate le seguenti penalità:

- Dal momento della prenotazione verrà addebitata la prima notte per ogni camera cancellata.
- Per cancellazioni (inclusi riduzione numero di notti ed eventuali no-show) oltre il 30 giugno 2006 non si avrà diritto ad alcun rimborso.
- Tutti i rimborsi saranno effettuati dopo la fine del Congresso.

SEDI ALBERGHIERE

Hotel AC10 Hotel Genova****	Corso Europa, 10/75	tel. +39 0103071180
Hotel Bristol Palace ****	Via XX Settembre, 35	tel. +39 010592541
Jolly Hotel Marina ****	Molo Ponte Calvi, 5	tel. +39 01025391
Jolly Hotel Plaza ****	Via Martin Piaggio, 11	tel. +39 01083161
Starhotels President ****	Corte Lambruschini, 4	tel. +39 0105727
Hotel Golden Tulip Moderno Verdi ****	Piazza G. Verdi, 5	tel. +39 0105532104

Categorie e tariffe alberghiere
Doppia da 185,00 a 400,00 euro
Doppia u.s. da 150,00 a 350,00 euro
N.B. Minimo notti garantite n. 3 - Diritto di prenotazione 20,00 euro IVA (non rimborsabile). Le prenotazioni saranno evase in ordine di arrivo.
I prezzi indicati si intendono per camera a notte con inclusa la prima colazione, tasse ed IVA.

Servizio navette
Un servizio navetta collegherà gli hotel ufficiali del Congresso con la Sede Congressuale.

PROGRAMMA SOCIALE
Per poter partecipare al programma sociale è indispensabile essere iscritti al Congresso.

Inaugurazione
La Cerimonia di Inaugurazione si terrà, giovedì 30 Novembre 2006 alle ore 18.00 circa, presso la Sede Congressuale - Centro Congressi Magazzini del Cotone.
L'accesso è consentito anche agli accompagnatori degli iscritti regolarmente al Congresso.

Cena Sociale
La Cena Sociale si terrà venerdì 1 Dicembre 2006, alle ore 21.00 presso Il Palazzo Ducale di Genova.
Chi desidera partecipare è pregato di inviare la propria adesione tramite la scheda d'iscrizione pubblicata sul sito www.emiliaviaggi.it unitamente al pagamento della quota di registrazione.
La partecipazione alla Cena Sociale di venerdì 1 Dicembre prevede una quota di Euro 80 + IVA.
Per motivi di carattere organizzativo le iscrizioni alla Cena Sociale verranno accolte sino ad esaurimento dei posti disponibili. Per accedere alla Cena Sociale è necessario presentare l'invito che sarà consegnato presso la Segreteria Organizzativa in Sede Congressuale.

Programma Accompagnatori
Per gli accompagnatori saranno a disposizione escursioni a pagamento. In Sede Congressuale sarà presente un desk appositamente dedicato dove rivolgersi per informazioni e/o prenotazioni.

Agenzia di viaggio
Emilia Viaggi è l'agenzia ufficiale del Congresso.
Per informazioni, prenotazioni ed emissione biglietteria rivolgersi a:
Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.
Via Porrettana, 76/2 - 40033 Casalecchio di Reno (Bo)
Tel. +39 051 6194911
Fax +39 051 6194900
E-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it - web: www.emiliaviaggi.it

NOTIZIE UTILI
Lingua ufficiale
La lingua ufficiale del Congresso è l'italiano.

Libro degli Abstract
Il libro degli Abstract è contenuto nel Programma Definitivo.

Questionari di "pre" e "post" valutazione
I questionari di "pre" e "post" valutazione relativi ad ogni giornata dei lavori dovranno essere tassativamente consegnati alla Segreteria Organizzativa in Sede Congressuale.

Esposizione tecnico-scientifica
Nell' ambito del Congresso sarà allestita un' esposizione tecnico - scientifica alla quale parteciperanno aziende farmaceutiche e aziende produttrici di apparecchi elettromedicali.

Open Lunch e Coffe Station
Saranno allestiti alcuni punti buffet nell'area poster-lunch.

COME RAGGIUNGERE LA SEDE CONGRESSUALE

Aeroporto: Genova "Cristoforo Colombo" km 7
(circa 15 minuti di taxi)
(Volabus: fermata Piazza De Ferrari e proseguimento a piedi per Via San Lorenzo)

Stazioni: Genova P. Principe a km 1
(Autobus n° 1-7-8 per P.zza Caricamento oppure 10-15 minuti a piedi)
(Metropolitana: direzione De Ferrari, fermata S.Giorgio)
Genova Brignole km 2
(Autobus n° 12 - 15 per P.zza Caricamento)

Autostrade: Genova Ovest km 2 (A7-A10-A12-A26)
All'uscita del casello immissione sulla sopraelevata e uscita al primo svincolo; proseguire superando l'ingresso pedonale del Porto Antico e quindi immettersi nel viale di accesso all'Area del Porto Antico situato tra il Mercato del Pesce e la caserma della Guardia di Finanza.

Porto: Porto di Genova km 1 (pochi minuti a piedi)

arrivederci a Modena...

Seduta amministrativa dei soci SIUrO
La seduta amministrativa della SIUrO si svolgerà in prima convocazione Sabato 2 Dicembre 2006 dalle 7.30 alle 8.30 ed in seconda convocazione Sabato 2 Dicembre dalle 19.00 alle 20.00.

INFORMAZIONI SCIENTIFICHE

Premi S.I.Ur.O
Sono previsti premi per le migliori comunicazioni libere, per i migliori video e per i migliori poster presentati nelle sezioni poster.
Per quanto riguarda i poster verranno valutati esclusivamente i lavori in cui uno degli autori sarà presente, accanto al proprio poster, all'ora prevista, nella sessione Poster Meet the Authors.
I premi verranno assegnati, agli autori effettivamente presenti, nel corso della seduta amministrativa della Associazione che si terrà sabato 2 dicembre dalle 19.00 alle 20.00.
Tutte le comunicazioni premiate ed i poster premiati verranno pubblicati in extenso sulla rivista Archivio Italiano di Urologia e Andrologia, organo Ufficiale della S.I.Ur.O.

ECM - Educazione Continua in Medicina
La presente edizione del congresso Nazionale della Società Italiana di Urologia Oncologica, SIUrO verrà accreditata presso il sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) attraverso la società stessa. L'accreditamento del Congresso è stato articolato in giornate al fine di ottenere crediti separati per ogni singolo evento per poter certificare a ciascuno la reale partecipazione.
La giornata di domenica 3 dicembre 2006 sarà accreditata unitamente alla giornata di sabato 2 dicembre. In altre parole, per poter ricevere i crediti ECM della giornata di domenica 3 dicembre è necessario aver partecipato per intero alla giornata di sabato 2 dicembre.
Al fine di permettere un preciso e puntuale svolgimento degli eventi accreditati ed il conseguente rilevamento delle presenze, sia i Relatori sia i partecipanti sono pregati di voler rispettare puntualmente gli orari previsti e di voler seguire fino a completamento l'evento volta per volta scelto.
I crediti assegnati al Congresso verranno comunicati dal Ministero della Salute alla SIUrO, non necessariamente prima dello svolgimento del congresso stesso.
Al fine dell'attestazione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza effettiva degli operatori sanitari del 100% rispetto alla durata complessiva dell' evento formativo, previa consegna presso la segreteria congressuale del questionario di verifica e della scheda di valutazione dell'evento formativo. Nei particolari casi di assenza brevissima sarà cura dell' organizzatore valutarne la giustificazione e l'incidenza dell'assenza sull'apprendimento.
L'attestato ECM verrà inviato dopo l'evento per e-mail, all'indirizzo indicato sul Questionario di Verifica dell'evento, previo controllo elettronico delle ore di presenza effettiva nell'area congressuale del partecipante, che dovranno risultare il 100% delle ore accreditate.

Percorso ECM per biologi ed anatomopatologi
Il Comitato Direttivo ha definito un percorso formativo accreditato a fini ECM dedicato a biologi, anatomo-patologi, genetisti e ricercatori di base appartenenti a vari raggruppamenti disciplinari. Tutte le sessioni relative a tale percorso sono contrassegnate con **.
Esso ha l'obiettivo di approfondire le conoscenze relative allo sviluppo embriologico del testicolo dal punto di vista morfogenetico e biomolecolare con particolare riferimento al controllo ormonale degli eventi differenziativi e della migrazione della gonade maschile. Verranno indicate le basi biologiche dell'ipogonadismo e di alcune malformazioni legate ad insufficienza androgenica o a sindrome di insensibilità agli androgeni. Successivamente verranno delineate la patogenesi, la classificazione e l'incidenza delle neoplasie testicolari ed indicati i più importanti marker utili alla identificazione di cellule neoplastiche nelle disgenesie gonadiche e alla definizione di terapie mirate.
Un iter analogo verrà stabilito per i tumori del pene.
Infine verranno focalizzati gli aspetti più salienti dal punto di vista anatomo-patologico concernenti il carcinoma renale.

Condizioni necessarie per poter ottenere i crediti ECM:
- Permanenza in aula per un tempo pari al 100% di quello previsto per l'evento
  Percorso formativo per Biologi ed Anatomopatologi totale 9 ore = 6 crediti ECM
  Venerdì 1 dicembre totale 9 ore = 7 Crediti ECM
  Sabato 2 dicembre totale 6 ore = 4 Crediti ECM
  Domenica 3 dicembre totale 4 ore (1 di sabato + 3 di domenica) = 3 Crediti ECM
  Corso per infermieri totale 6 ore = 4 Crediti ECM
- Restituzione del questionario di valutazione dell'evento, compilato in tutte le sue parti compresa la scheda di valutazione dell'evento stesso e la scheda per il rilevamento dei dati anagrafici

Crediti ECM ai docenti/relatori di un evento
I docenti/relatori hanno diritto, previa richiesta all'organizzatore, a 2 crediti formativi per ogni ora effettiva di docenza in eventi o progetti formativi aziendali accreditati ECM, entro il limite del 50% di crediti formativi da acquisire nel corso dell'anno solare.

I crediti possono essere acquisiti in considerazione esclusivamente delle ore effettive di lezione; i crediti non possono, cioè, essere frazionati o aumentati in ragione dell'impegno inferiore o superiore ai sessanta minuti di lezione (es. un'ora o un'ora e trenta minuti di lezione danno diritto a due crediti formativi; le lezioni di durata inferiore a sessanta minuti non possono essere prese in considerazione, né possono cumularsi frazioni di ora per docenze effettuate in eventi diversi). I docenti/relatori possono conseguire solo i predetti crediti ECM; essi non possono conseguire i crediti formativi in qualità di partecipanti ad eventi nei quali effettuano attività di docenza.
L'organizzatore è, come sempre, responsabile della corretta attestazione dei crediti. Qual' è la "tolleranza" prevista per il tempo di presenza del partecipante all'evento residenziale o al progetto formativo aziendale entro la quale è concedibile l'attestato dei crediti?
Ai fini dell'attestazione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza degli operatori sanitari interessati effettiva del 100% rispetto alla durata complessiva dell'evento formativo residenziale, mentre, ai sensi dell'art.1, comma 4, del D.M. 27/12/2001 la presenza effettiva degli operatori sanitari interessati al progetto formativo aziendale è del 90%. Nei particolari casi di assenza brevissima sarà cura dell'organizzatore valutarne la giustificazione e l'incidenza dell'assenza sull'apprendimento finale essendo unico responsabile dell'evento residenziale o del progetto formativo aziendale.

Segreteria SIUrO in sede Congressuale
Tel. +39 0102751721
Fax +39 0102751724

La segreteria è aperta nei seguenti orari

Giovedì	30 novembre	dalle ore 15.00 alle ore 18.00
Venerdì	1 dicembre	dalle ore 09.00 alle ore 18.00
Sabato	2 dicembre	dalle ore 09.00 alle ore 18.00
Domenica	3 dicembre	dalle ore 09.00 alle ore 12.00

La Società Italiana di Urologia Oncologica ringrazia le Aziende che con la loro partecipazione
hanno reso possibile la realizzazione del XVI Congresso Nazionale S.I.Ur.O.
e le segnala all'attenzione dei partecipanti.

ASTELLAS PHARMA

ASTRAZENECA

BAYER

BIOHEALTH ITALIA

EDAP TECHNOMED ITALIA

ELI LILLY ITALIA

GLAXOSMITHKLINE

IPSEN

ITALFARMACO

KARL STORZ ENDOSCOPIA ITALIA

KYOWA ITALIANA FARMACEUTICI

NOVARTIS FARMA

PFIZER ITALIANA

ROCCHETTA

SANOFI AVENTIS

SCHERING

SIGMA TAU

SYNERGO – MEDICAL ENTERPRISES

SOCIETÀ PRODOTTI ANTIBIOTICI

TAKEDA ITALIA FARMACEUTICI

TECNOGAMMA

TRIMPROBE

XVI Congresso Nazionale Società Italiana di Urologia Oncologica

Genova, 30 Novembre - 3 Dicembre 2006

Abstract n. 1 Comunicazione

SOMMINISTRAZIONE PRECOCE DI ALPROSTADIL POST-PROSTATECTOMIA: EFFETTI SUL DROP-OUT?

Matei D.V., Pimentel M., Pedroso E., Rocco B., Musi G., Verweij F., Follini M.L., Scardino E., Detti S., De Cobelli O.
Istituto Europeo di Oncologia, Divisione di Urologia, Milano

Introduzione: Il deficit erettile (DE) condiziona la qualità di vita dei pazienti (pz) sottoposti a prostatectomia radicale (PR). L'autoiniezione intracavernosa (FIC) con Alprostadil (PgE1) ha un importante ruolo sia nella riabilitazione nel periodo postoperatorio che come farmacoprotesi in caso di DE persistente.
Obiettivo: Lo scopo dello studio è stato di valutare il tasso di accettazione a lungo termine della FIC con PgE1 in caso di DE persistente post-PR, in base al tempo trascorso tra l'intervento chirurgico e l'inizio della terapia riabilitativa con PgE1.
Materiali e Metodi: tra 1999 e 2005, 167 pz (con follow-up >6m)sottoposti al PR hanno accettato la FIC a scopo riabilitativo. Il follow-up medio è stato di 49m. I pazienti sono stati divisi in 5 classi in base al periodo trascorso tra la PR e la prima somministrazione FIC: I:10-30giorni; II:31-60giorni; III:2-4mesi; IV:4-12mmesi e V:>1anno. È stato somministrato un semplice questionario per indagare la causa del rifiuto della FIC come farmacoprotesi.
Risultati: la percentuale di pz che non ha proseguito la FIC per non accettazione (A), per ripresa spontanea della erezione (B) e di quelli che hanno proseguito la FIC (C) è riportata nella Tabella 1.
Non ci sono state differenze statisticamente significative tra le classi. Le cause di non accettazione della FIC come farmacoprotesi sono risultate: motivi psicologici (63%) il dolore locale (32%) ed altro (5%).

Tabella 1.

	Nr pz	A	B	C
I	53	54,7	15,1	30,2
II	69	49,3	20,3	30,4
III	18	44,4	22,2	33,3
IV	20	50	10	40
V	7	57,2	—	42,8

Discussione e Conclusioni: Il ruolo negativo di cause determinanti il drop-out dalla FIC come farmacoprotesi (rifiuto psicologico e il dolore locale) potrebbe essere più rilevante nel immediato postoperatorio. D'altra parte, la letteratura enfatizza la necessità di iniziare precocemente la FIC per la sua valenza riabilitativa. Il nostro studio ha mostrato che anche nel caso di un inizio molto precoce della FIC (classe I, media 19gg) il tasso di drop-out è sovrapponibile ai casi nei quali la prima FIC veniva eseguita ad oltre 30gg. La possibilità di ripresa spontanea rimane sovrapponibile (P>>0,05) nelle varie classi considerate. L'inizio precoce della FIC con PgE1 non inficia il tasso di accettazione della metodica come farmacoprotesi.

Abstract n. 3 Poster

10 ANNI DI TRATTAMENTO E FOLLOW-UP DELLA NEOPLASIA TESTICOLARE A CELLULE DI LEYDIG

Pedroso E., Matei D.V., Pimentel M., Musi G., Rocco B., Verweij F., Mazzoleni F., De Cobelli O.
Divisione di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Introduzione ed Obiettivo: Il tumore testicolare a cellule di Leydig (TTCL) rappresenta dal 1-3% delle neoplasie testicolari. Il comportamento dei TTCL è prevalentemente benigno; soltanto il 10% risulta avere caratteristiche di malignità. La possibilità di individuare i tumori a franco comportamento benigno consentirebbe un atteggiamento terapeutico conservativo.
Materiali e Metodi: Dal 1997 sino al 2006, un totale di 16 pazienti seguiti presso la nostra Divisione hanno avuto un riscontro istologico di TTCL. La valutazione preoperatoria includeva: l'esame obiettivo, l'ecografia scrotale, il dosaggio dell'alfaFP, betaHCG, LDH. L'esame istologico veniva precisato mediante immunoistochimica (vimentina, alfa-inibina, calretinina, MelanA/MART-1, proteina S-100 e citocheratine AE1-AE3); l'indice mitotico è stato valutato mediante conta delle mitosi e mediante ki-67. Lo shema di follow-up comprendeva TC addome-pelvi e dosaggio semmestrale del testosterone, DHT, DHEAS, FSH e LH.
Risultati: L'età media dei pazienti era di 35,43 anni (range 18-58); la sede interessata è stata 10 volte (62,5%) la destra ed 6 (37,5%) la sinistra. La lesione risultava palpabile nel 75% dei casi, mentre nel 25% dei casi il riscontro era esclusivamente ecografico. Il diametro ecografico medio delle lesioni era di 19,54 mm (8-45 mm);

L'orchifunicolectomia è stata eseguita in 10 casi (62,5%). Mentre in 6 casi (37,5%) dove il tumore era < di 2 cm e si è proceduto a chirurgia conservativa, con risparmio del testicolo, dopo esame istologico estemporaneo confermando la diagnosi ed un basso indice mitotico (< 3 mitosi/ campi). In un caso di orchifuniculectomia il tumore presentava caratteristica di malignità con un diametro di 4,5 cm ed un indice mitotico di 34. Il follow-up medio è di 28,25 mesi (range 3-96), senza segni di ripresa di malattia in tutti i casi operatti.
Conclusione: il tumore a cellule di Leydig tende ad avere nella stragrande maggioranza dei casi un comportamento benigno; l'esame istologico estemporaneo è in grado di escludere quadri francamente maligni consentendo al chirurgo di procedere ad un atteggiamento conservativo. In caso sospetto clinico (ginecomastia, valori alti del FSH, LH) o di lesioni piccole, non palpabili, l'esame estemporaneo è mandatorio.

Abstract n. 4 Comunicazione

TRATTAMENTO CON ACUCISE PER VIA ANTEROGRADA DELLE STENOSI DELLE ANASTOMOSI URETEROINTESTINALI

Pimentel M.[1], Matei D.V.[1], Orsi F.[2], Pedroso E.[1], Musi G.[1], Rocco B.[1], Verweij F.[1], Bonomo G.[2], Penco S.[2], De Cobelli O.[1]
[1]Divisione Urologia, [2]Divisione di Radiologia Interventistica Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Introduzione: Le stenosi delle anastomosi ureterointestinali (SAUI) ricorrono con un incidenza di circa 10-15% dei pazienti (pz) con derivazione urinaria. Esse sono causate sostanzialmente dall'ischemia della zona anastomotica e dalla tensione degli elementi anastomizzati. Il trattamento delle SAUI può essere fatto a cielo aperto, per via endoscopica o mediante dilatazione con palloncino. L'Acucise combina la dilatazione con l'endoureterotomia diatermica.
Obiettivo: valutare l'uso del sistema Acucise per via anterograda, transnefrostomica nel trattamento delle SAUI.
Metodi: Dal 11/2003 al 02/2006 presso il nostro Istituto stati eseguiti 21 trattamenti di Acucise in 16 pz affetti da SAUI dopo intervento di derivazione urinaria per TCC vescicale o neoplasie ginecologiche richiedenti eviscerazione. I pz venivano sottoposti a posizionamento di nefrostomia 14-21gg precedentemente alla dilatazione con il sistema Acucise. Si eseguiva un accurato studio TAC 3D dell'anastomosi per evidenziare la presenza di organi critici adiacenti (grossi vasi, anse intestinali). Previo posizionamento di filoguida passante la SAUI si procedeva a dilatazione e incisione diatermica della SAUI (con il esistenza Acucise) sotto guida fluoroscopica. In caso di spandimento di mdc nel controllo post-dilatazione, un tutore ureterale veniva lasciato in sede; la nefrostomia veniva rimossa dopo 14gg dalla dilatazione previo controllo della corretta dilatazione del tratto anastomostico. Il programma di follow-up contemplava l'eco/TAC addome-pelvi a 3,6,12 mesi e la scintigrafia renale sequenziale a 3, 9, 15 mesi, creatininemia ogni 2 mesi per il primo anno poi ogni 3 mesi.
Risultati: l'età media dei pz era 61,73 anni. Le derivazioni urinarie precedentemente eseguite erano: Indiana pouch per 7 volte (43,7%), condotto ileale in 4 casi (25%), neovescica ileale in 2 casi (12,5%), ureterosigmoideostomie (eseguite in altra sede, in 2 casi, 12,5%), neovescica secondo Morrow in 1 volta (6,3%). Il tempo medio di comparsa della stenosi è stato 25 mesi dopo l'intervento di derivazione urinaria. La SAUI è stata riscontrata in 52% a sinistra. In 75% dei casi vi è stata una RTE (50-55Gy) del retroperitoneo precedentemente alla derivazione urinaria. L'intervento con Acucise è stato portato a conclusione in tutti i casi, con ottimo risultato immediato.
Le complicanze immediati sono state: dolore ed ematuria per più di 1 settimana dopo 3 trattamenti (14,3%); in un (4,7%) caso si è verificata una lesione incompleta dell'arteria iliaca destra (maturata dopo 30gg in una fistola arteriosa con l'ansa del condotto ileale). Il follow-up medio è di 17 mesi (range 5-24). Sedici anastomosi (76%) hanno necessitato di solo una seduta Acucise. 24% delle SAUI sono recidivate; di questi, il 40% aveva subito una pregressa RTE. 40% pazienti con recidiva della SAUI hanno avuto spandimento di mdc in sede della I seduta Acucise, vs 12,5 % nel gruppo di pazienti senza recidiva.
Conclusione: Nella nostra esperienza preliminare, l'utilizzo del sistema Acucise per via anterograda, transnefrostomica, nel trattamento delle SAUI rappresenta una metodica efficace, considerata l'alta percentuale di riuscita. Ulteriore follow-up è necessario per esprimere un giudizio definitivo sulla stabilità nel tempo dei risultati raggiunti e per individuare i fattori di rischio per la recidiva della stenosi.

Abstract n. 5 Poster

FATTORI PROGNOSTICI NELLA CRIOTERAPIA DI SALVATAGGIO PER LA NEOPLASIA PROSTATICA POST-RTE

Pimentel M.[1], Matei D.V.[1], Pedroso E.[1], Musi G.[1], Rocco B.[1], Verweij F.[1], Follini M.L.[1], Scardino E.[1], Jereczek-Fossa B.[2], Vavassori A.[2], De Cobelli O.[1]
Istituto Europeo di Oncologia, [1]Divisione di urologia, [2]Divisione di radioterapia Milano

Introduzione: La crioterapia (CRT) si è dimostrata negli ultimi anni come alternativa terapeutica valida per la neoplasia prostatica (CaP). Tuttora, il tempo di follow-up non sufficientemente lungo e i potenziali effetti collaterali hanno determinato il suo utilizzo perlopiù nella ricaduta locale post-radioterapia esterna (RTE)
Obbiettivi dello studio: Valutare i criteri prognostici di risposta alla terapia di salvataggio (CRT) in un gruppo di pazienti (pz.) con presunta ricaduta locale dopo RTE.
Materiali e Metodi: Dal novembre 2004 al marzo 2006, 13 pz. con progressione biochimica dopo RTE sono stati considerati con ricaduta locale. I criteri di inclusione sono stati: negatività della scintigrafia ossea, TAC o RNM pelvica, negatività o positività soltanto in loggia prostatica della PET con colina e positività della biopsia prostatica a doppio sestante. La CRT è stata eseguita secondo la metodica precedentemente descritta con apparecchiatura di III generazione(Argon-Helio). Sono stati valutati i criteri iniziali della malattia prima della RTE (iPSA, Gleason score), il tempo alla ricaduta, l'indice proliferativo (Ki-67) eseguito sulla biopsia effettuata alla progressione biochimica, il PSA pre-CRT, il tempo di raddoppiamento del PSA e il PSA post-CRT a 30 giorni e 3 mesi.
Risultati: L'età media dei pz. è stata di 68 anni. Il tempo medio alla progressione biochimica 60,7mesi. La PET con colina ha mostra-

Tabella 1.

	Ki-67(%) Media	Ki-67(%) range	P	PSA pre-CRT media	P	DT (mesi)	P
Responders	6,5	3-9	0,044	1,9	0,05	24,5	0,4
Non-respond.	12	5-24		3,46		10,9	
Totale	8	3-24		2,27		21,3	

to captazione nella prostata in 10 casi (77%). Il PSA medio pre-RTE è stato di 18,88 ng/ml (SD 15,68).
In 10 pz. (77%) si è verificata una risposta biochimica (PSA indosabile) entro 40 giorni dalla CRT di salvataggio (responders).
I valori del ki-67, il PSA pre-CRT ed il tempo complessivo di raddoppiamento (DT) del PSA presalvataggio sono presentati nella Tabella 1.
In 10 pz. il DT ha mostrato un accelerazione nel periodo precedente alla diagnosi di ricaduta locale, 8 (80%) nel gruppo che ha risposto alla crioterapia (mediana 7,46 mesi) e 2 (66%) nel gruppo che non ha risposto (mediana 5,28 mesi, P=0,54).
Conclusioni: Alla luce dei nostri dati, pur preliminari, la crioterapia sembra una procedura con ottime potenzialità di cura oncologica nella neoplasia prostatica. La risposta biochimica nei pazienti con ricaduta locale dopo RTE sembra essere condizionata dal valore del PSA alla diagnosi di ricaduta e dal Ki-67. Il tempo di raddoppiamento del PSA, riportato nella letteretura quale elemento discriminante nella diagnosi della ricaduta locale dopo RTE, non ha raggiunto nella nostra coorte una significatività statistica.

Abstract n. 6 Video

UTILIZZO DEL LASER A CO_2 NEL TRATTAMENTO LOCALE DELLE NEOPLASIE DEL GLANDE

Matei D.V., Musi G., Rocco B., De Cobelli O.
Divisione di Urologia Istituto Europeo di Oncologia, Milano

L'utilizzo del laser a CO_2 nel trattamento locale delle neoplasie del pene rappresenta una valida e sicura opzione alla terapia chirurgica strandar. Il laser a CO_2 è un laser a gas che emette radiazioni di elevata intensità a una lunghezza d'onda pari a 10600 nm. Il mezzo utilizzato è una miscela gassosa composta da CO_2, N_2, ed He. La scarica di corrente continua favorisce l'eccitazione delle molecole di gas. Sottoposto a tale stimolazione, il CO_2 emette dei fotoni. L'effetto terapeutico si basa sulla trasformazione dell'energia delle radiazioni in calore, questo tipo di radiazione è caratterizzato da una limitata profondità di penetrazione ed ottime proprietà di vaporizzazione.
Grazie all'utilizzo del braccio sondabile con dispositivo manuale di focalizzazione ed il sistema ottico di ingrandimento e l'ausilio dello spot luminoso, il laser a CO_2 permette di eseguire procedure con estrema precisione.
L'intensità di corrente che per la mucosa del glande è tra 15 e 17 watt con corrente continua. Presentiamo il caso di un paziente di 69 anni con lesione del glande in prima osservazione. Con paziente in posizione litotomica previa anestesia locale da contatto con lidocaina+prilocaina al 2.5%. Si esegue posizionamento di laccio emostatico alla radice del pene.
Si procede ad applicazione di colorante vitale lugol, e successiva identifica sotto ingrandimento microscopico l'area di neoplasia. Si procede a incisione laser del bordo della lesione.
Si solleva il lembo parzialmente distaccato con pinze di Hudson permettendo al raggio laser di completare l'escissione del lembo. Si modificano le impostazione aumentando la superficie di erogazione dell'energia laser e si procede alla fase di coagulazione del fondo di resezione.
I campioni istologici si presentano alla fine della procedura ben preservati con margine profondo ben riconoscibile. Per la presenza nell'esame istologico del frammento maggiore di sospetta infiltrazione del margine profondo il paziente è stato revisionato a circa 45 gg dalla prima procedura. Si procede a coagulazione delle zone discromiche. Incisione laser del bordo della lesione, con risparmio del meato uretrale esterno, e successiva asportazione del lembo. Terminata l'emostasi laser si procede per minimo sanguinamento residuo ad apposizione di colla di fibrina tipo Tisucool e successiva medicazione compressiva. Il paziente viene dimesso dopo 24 ore dopo rimozione del catetere vescicale.

Abstract n. 7 Video

URETRECTOMIA NAVICOLARE CON LASER A CO_2

Matei D. V., Musi G., Verweij F., De Cobelli O.
Istituto Europeo di Oncologia, Milano

L'utilizzo del laser a Co_2 nel trattamento locale delle neoplasie del pene rappresenta una valida e sicura opzione alla terapia chirurgica strandar. Il laser a CO_2 è un laser a gas che emette radiazioni di elevata intensità a una lunghezza d'onda pari a 10600 nm. Il mezzo utilizzato è una miscela gassosa composta da CO_2, N_2, ed He. La scarica di corrente continua favorisce l'eccitazione delle molecole di gas. Sottoposto a tale stimolazione, il CO_2 emette dei fotoni. L'effetto terapeutico si basa sulla trasformazione dell'energia delle radiazioni in calore con conseguenti reazione dei tessuti, questo tipo di radiazione è caratterizzato da una limitata profondità di penetrazione ed ottime proprietà di vaporizzazione.
Grazie all'utilizzo del braccio sondabile con dispositivo manuale di focalizzazione ed il sistema ottico di ingrandimento e l'ausilio dello spot luminoso permette di eseguire procedure con estrema precisione.
Viene regolata l'intensità di corrente che per la mucosa del glande è tra 15 e 17 watt con corrente continua. Con paziente in posizione litotomica previa anestesia locale tronculare con on lidocaina al 5% si esegue posizionamento di laccio emostatico alla radice del pene. Si esegue incisione ventrale del glande, successivamente si posiziona catetere in fossa navicolare e si prosegue l'isolamento della porzione ventrale dell'uretra.
Si procede ad incisione permeatale del glande e si inizia l'isolamento dell'uretra per via retrograda fino a raggiungere l'incisione dell'uretra ventrale. Si completa l'isolamento dell'uretra dorsale.
Si procede ad coagulazione del letto di resezione. Previo posizionamento di gel lubrificante si posiziona catetere siliconato 18 ch.
Per minimo sanguinamento residuo viene apposta colla di Fibrina e successiva medicazione compressiva. Il paziente viene dimesso il giorno seguente. Buono il risultato estetico dopo 10 giorni.

Abstract n. 8 Poster

CORRELAZIONI EPIDEMIOLOGICHE, ANATOMOPATOLOGICHE E CLINICHE NEL TUMORE A CELLULE DI LEYDIG

Pedroso E.[1], Mastropasqua M.[2], Matei D.V.[1], Pimentel M.[1], Musi G.[1], Rocco B.[1], Verweij F.[1], Curigliano G.[3], De Cobelli O.[1]
[1]Divisione Urologia; [2]Divisione di Anatomia Patologica; [3]Divisione di Oncologia Sperimentale Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Introduzione ed Obiettivo: Il tumore testicolare a cellule di Leydig (TTCL) rappresenta dal 1-3% delle neoplasie testicolari. Il comportamento dei TTCL è prevalentemente benigno; soltanto il 10% risulta avere caratteristiche di malignità. La possibilità di individuare i tumori a franco comportamento benigno consentirebbe un atteggiamento terapeutico conservativo. Abbiamo rivisto l'istologico di 16 pazienti affetti da tumore a cellule di Leydig.
Materiali e Metodi: Dal 1997 sino al 2006, un totale di 16 pazienti seguiti presso la nostra Divisione hanno avuto un riscontro istologico di TTCL. L'esame istologico veniva precisato mediante immunoistochimica (vimentina, alfa-inibina, calretinina, MelanA/MART-1, proteina S-100 e citocheratine AE1-AE3). L'indice mitotico è stato valutato mediante conta delle mitosi e mediante ki-67.
Risultati: L'età media dei pazienti era di 35,43 anni (range 18-58); la sede interessata è stata 10 volte (62,5%) la destra ed 6 (37,5%) la sinistra. La percentuale di riscontro istologico di tumore a cellule di Leydig nella nostra casistica è stata di 9,7%

(16/165 casi). 1 di questi è risultato a potenziale maligno (6,25% dei tumori di Leydig, 0,6% dei tumori testicolari).
Il diametro medio (all'esame macroscopico) delle lesioni era di 19,54 mm (8-45 mm). La percentuale del TTCL nei tumori testicolari inferiori a 2cm sale così al 26,8% dei casi. Il numero delle mitosi è risultato pari 1/10 campi a grande ingrandimento (cgi) in 8 casi (50%), 2/10cgi in 4 casi (25%), 3/10 cgi in 2 pazienti (12,5% dei casi), 5/10 cgi in un caso e 34/10 cgi in 1 caso (6,12%).
Considerando le dimensioni della neoplasia, risultata < a 2cm in 15/16, e di 4,5cm in un caso, in cui per altro, il numero di mitosi riscontrate era 34/10 cgi. La corrispondenza (test non parametrico di Pearson) dividendo i casi in 2 classi per dimensioni (< o > 2cm) e per nr di mitosi (< o > 10) è risultata altamente significativa (p<< 0,05).
L'indice mitotico ki-67 è risultato in media 3,76% nei 15/16 pazienti con tumore <2cm (e nr di mitosi 1-5/10campi), per altro caratteristiche istologiche di non malignità. Anche in questo caso la correlazione statistica è risultata altamente significativa (p<<0,05). Il caso con caratteristiche istologiche di malignità aveva un indice mitotico pari a 51%. Il follow-up medio è di 28,25 mesi (range 3-96)Clinicamente nessun caso non ha mostrato segni di recidiva.
Conclusione: il tumore a cellule di Leydig tende ad avere nella stragrande maggioranza dei casi un comportamento benigno; la revisione della nostra casistica ha permesso evidenziare percentuali più alte rispetto alla letteratura, specie se consideriamo le neoplasie a diametro <2cm. Interesanti correlazioni tra dimensioni, numero di mitosi e indice mitotico sono state rilevate. Le forme istologicamente maligne sembrano veramente rare; il comportamento clinico dittutti i TTCL, nella nostra casistica è stato favorevole.

Abstract n. 9 Poster

CORRELAZIONE TRA STADIO CLINICO E PATOLOGICO DELLE NEOPLASIE VESCICALI INFILTRANTI : 10 ANNI DI ESPERIENZA DEL NOSTRO ISTITUTO

Ruggiero G., Simonato A., Nordio A., Vota P., Curotto A., Ambruosi C., Carmignani G.
Clinica Urologica, Ospedale S.Martino - Genova

Introduzione: Abbiamo valutato retrospettivamente la correlazione tra stadio clinico e patologico dei pazienti sottoposti a cistectomia radicale per neoplasia vescicale infiltrante o neoplasia vescicale superficiale plurifocale ricorrente refrattaria ai trattamenti endovescicali.
Materiali e Metodi: Sono stati valutati 361 pazienti consecutivi con età media di 67,62 (range 38-87), di cui 319 uomini e 42 donne, sottoposti a cistectomia radicale e linfadenectomia pelvica dal gennaio 1995 al dicembre 2004 presso il nostro istituto. Di questi sono valutabili gli stadi clinici preoperatori di 235 pazienti (65,09 %) di cui 205 uomini e 30 donne con età media 67,6 (range 38-86)
Risultati: Dei 51 pz cT1(21,7%): 24 pz pT1 (47,1%); 27 pz > pT1 (53%); 2 pz N+ (4%) Dei 173 pz cT2 (73,6%): 43 pz pT2 (24,8%); 7 pz pT1-G2 (4%); 123 pz > pT2 (71,1%); 36 pz N+ (21%)
Inoltre dei 51 pz cT1, 30 pz (58,8%) hanno avuto un unico episodio. Tra questi di 3 pz cT1 — G1 il 100% era > pT1; di 14 pz cT1-G2 il 64,3% (9 pz) era > pT2 con il 7,1 % (1pz) N+ ; di 13 pz cT1-G3 il 38,5 % (5 pz) era > pT2-G2. Dei 21 pz cT1 recidivanti il 47,6% (4pz) era, indipendentemente dal grading, > pT2-G2
Riassumendo: dei 51 pz cT1 il 53% (27 pz) sono stati sottostadiati e dei 173 pz cT2 il 71,1% (123pz) sono stati sottostadiati.
Conclusioni: I nostri dati sembrano in linea con le recenti esperienze riportate in letteratura e confermano che, ancora oggi, nella pratica clinica esiste un alto tasso di sottostadiazone della estensione locale della malattia nei pazienti cT1 e cT2 che si traduce in un rischio clinico considerevole per i nostri pazienti.

Abstract n. 10 Poster

INCIDENZA DELL' ADENOCARCINOMA PROSTATICO NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A CISTOPROSTATECTOMIA RADICALE PER NEOPLASIA VESCICALE

Ruggiero G., Simonato A., Nordio A., Vota P., Gastaldi C., Orlandini M., Romagnoli A. Curotto A., Carmignani G.
Clinica Urologica, Ospedale S.Martino - Genova

Introduzione ed Obiettivi: Sono stati valutati retrospettivamente gli esami istologici dei pazienti sottoposti a cistoprostatectomia radicale per neoplasia vescicale presso il nostro Istituto al fine di quantificare l' incidenza di adenocarcinoma prostatico (Cap) in questo gruppo di pazienti consecutivi.
Materiali e Metodi: Sono stati valutati gli esami istologici di 319 pazienti consecutivi con età media di 67,62 (range 38-87), sottoposti a cistectomia radicale e linfadenectomia pelvica dal gennaio 1995 al dicembre 2004 presso il nostro Istituto.
Risultati: Il riscontro di Cap incidentale nei pazienti sottoposti a cistoprostatectomia radicale è risultato il seguente: 1995 0/33 pz (0%); 1996 2/28 pz (7,7 %) di cui il 100% con pT2c e Gleason < 6/10; 1997 0/19 pz (0%); 1998 1/30 pz (3,5 %) di cui di cui 100 % pT2c e Gleason < 6/10; 1999 2/34 pz (6,3%) di cui di cui 100 % pT2c e Gleason < 6/10 ; 2000 1/28 pz (4,3%) di cui il 100% pT3a e Gleason < 6/10; 2001 5/30 pz (17,8%) di cui il 100% pT2c e con il 60 % Gleason < 6/10 e il 40 % Gleason > 6/10 ; 2002 4/48 pz (8,8%) di cui il 100% pT2c e con il 50 % Gleason > 6/10 e il 50 % Gleason < 6/10; 2003 8/18 pz (44,4%) di cui il 100% pT2c e con il 50 % Gleason > 6/10 e il 50 % Gleason < 6/10; 2004 5/41 pz (12,8%) di cui il 100% pT2c e con il 60 % Gleason < 6/10 e il 40 % Gleason > 6/10
Conclusioni: I dati sembrano dimostrare un incremento dell'incidenza di Cap nei pazienti sottoposti a cistoprostatectomia radicale negli ultimi anni. Questo dato può essere spiegato con la maggiore attenzione che l'anatomo patologo attualmente presta al campionamento del pezzo operatorio. In ogni caso la frequenza di Cap incidentale in questi pazienti e non è irrilevante e deve essere sicuramente tenuta in considerazione dal chirurgo.

Abstract n. 11 Poster

EMORRAGIA DAL CONDOTTO ILEALE: TRATTAMENTO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Ambruosi C., Simonato A., Orlandini M., Tognoni P., Oneto F., Ninotta G., Carmignani G.
Clinica Urologica, Ospedale S.Martino - Genova

Introduzione: L'emorragia dal condotto ileale (IC) è una complicanza rara, riportata in letteratura tra 1 e 2 %. Le cause più frequenti di sanguinamento sono la recidiva neoplastica a livello dell'anastomosi uretero-ileale, la presenza di formazioni litiasiche dealla via esceretrice o del IC e infezioni. Il sanguinamento dalla stomia del IC come complicanza dell'ipertensione portale è un evento estremamente raro; in letteratura sono riportati solo 9 casi dal 1967. Sono state descritte terapie chirurgiche conservative, generalmente poco efficaci, (compressione locale e iniezione di sostanze sclerotizzanti, legatura delle singole varici, shunt porto-sistemico epatico-transgiugulare) e tecniche invasive (derivazioni portosistemiche a cielo aperto). Riportiamo un raro caso clinico Materiale e metodi: M.D. paziente di 75 anni in condizioni generali scadenti, con cardiopatia ischemica, broncopneumopatia cronica ostruttiva di grado elevato, artroprotesi ginocchio destro, emorroidectomia. Presentava inoltre una epatopatia cronica alcolica con evoluzione in cirrosi. All'esame obiettivo si poteva evidenziare la presenza di ascite ed un fegato palpabile sotto l'arcata costale. Veniva sottoposto nel gennaio 2005 a cistoprostatectomia

radicale con confezionamento di ureteroileocutaneostomia.per neoplasia vescicale infiltrante e neoplasia prostatica Gleason 6/10. Il decorso postoperatorio è stato regolare, il paziente veniva dimesso in 11 giornata con il seguente esame istologico: neoplasia vescicale pT3 G2/G3 , associato ad adenocarcinoma prostatico pT2b pN0 Gleason 3+3. A marzo, aprile e maggio 2005 il paziente ha subito tre ricoveri per la presenza macroscopica di sangue dal IC. Il paziente ha eseguito senza esito ripetute ecografie dell'apparato urinario, una urografia e una indagine con il fibroscopio del IC. Nell'agosto 2005 ulteriore ricovero, per ematuria massiva. Una fibroscopia del IC dimostra la presenza di varici sanguinanti sottomucose a livello del terzo distale del IC. Il paziente viene sottoposto in anestesia locale a revisione, recentazione e riconfezionamento del terzo distale del IC con sclerotizzazione delle varici mediante iniezione sottomucosa perianastomotica di 2 fl di atossisclerol. Il decorso postoperatorio è stato regolare privo di complicanze e quattro mesi dalla procedura non si sono più verificati episodi di sanguinamento.
Conclusioni: Il caso descritto oltre che raro è anche singolare in quanto le varici erano sottomucose e non a livello della giunzione cutaneo-mucosa dell' IC. La soluzione chirurgica miniinvasiva adottata è stata efficace: ha interrotto ed eliminato i circoli venosi neoformati e l'iniezione della sostanza sclerosante forse ha impedito il riformarsi dei circoli venosi.

Abstract n. 12 Poster

LA RICOSTRUZIONE DELL'ALTA VIA ESCRETRICE

Romagnoli A., Simonato A., Traverso P., Ruggiero G., Vota P., Ambruosi C., Nordio A., Orlandini M., Carmignani G.
Clinica Urologica, Ospedale S.Martino - Genova

Introduzione: Esistono numerose cause che possono portare ad estesi danni dell'uretere (U) come la tubercolosi, la Bilarziosi, la fibrosi retroperitoneale, le lesioni iatrogene, i traumi, le neoplasie, le radiazioni e le cause congenite. Se l'alta via escretrice non può essere in qualche modo ricostruito utilizzando l'urotelio si è costretti a ricostruire l'U utilizzando segmenti intestinali Riportiamo la nostra esperienza nella ricostruzione ureterale
Materiali e Metodi: Dal 1998 al 2005 sono stati trattati 25 pazienti (pz.), 13 uomini e 12 donne, con età media di 52,5 anni (range 25-74).
Eziologia: congenita in un caso, iatrogena in 10 casi (4 per manovre ginecologiche e 6 per manovre endourologiche), neoplastica in 9 pazienti (5 per neoplasia ureterale e 4 per neoplasia ginecologica), infiammatoria in 2 casi e in 3 casi per stenosi ureterale dopo derivazione urinaria. La lesione ureterale coinvolgeva l'U pelvico in 4 casi, l'U iliaco in 13 casi, l'U lombare in 3 casi e l'intero U in 5 casi. L'estensione della lesione U era inferiore a 5 cm in 3 casi, compresa tra 5 e 10 in 14 casi e superiore a 10 in 8 casi. I pz hanno eseguito il seguente follow up: valutazione clinica, metabolica ed ecotomografica a 1,3,6 e 12 mesi, un'urografia endovenosa ad un mese ed una scintigrafia renale a 6 mesi. Tutti i pazienti hanno eseguito una valutazione dei parametri di funzionalità renale ad 1, 6 e 12 mesi con particolare attenzione nei soggetti sottoposti a sostituzione ileale. L'urinocoltura è stata eseguita solo nei pazienti sintomatici.
Risultati: Sono state eseguite 7 sostituzioni ileali (5 uomini e 2 donne), 17 psoas hitch (7 uomini e 10 donne) e una psoas hitch più nefropessi in un uomo.
In una donna è stata eseguita una sostituzione ileale bilaterale, in due uomini è stata eseguita una sostituzione ileale secondo la tecnica di Yag Monti. Non sono state riscontrate significative alterazione radiologiche e funzionali dell'alto apparato urinario nei pz. sottoposti a sostituzione ileale. In due casi di vescica psoica si sono manifestati disturbi urinari transitori. Un pz., sottoposto a sostituzione ileale, ha manifestato una infezione delle vie urinarie.
Conclusioni: Il reimpianto ureterale su vescica psoica è una tecnica versatile e sicura per la sostituzione dei difetti ureterali distali. Quando l'urotelio non è disponibile o non è sufficiente per la ricostruzione dell'alta via escretrice l'ansa ileale adeguatamente ridotta di calibro (per migliorare la progressione dell'urina e per ridurre la superficie di assorbimento) permette di preservare l'unità renale con buoni risultati funzionali.

Abstract n. 13 Poster

UN CASO DI CARCINOMA RENALE PAPILLIFERO MANIFESTATOSI CLINICAMENTE CON UN QUADRO DI TROMBOSI ACUTA DELLA VENA RENALE

Nordio A., Simonato A., Ruggiero G., Vota P., Orlandini M., Oneto F., Tognoni P., Carmignani G.
Clinica Urologica Ospedale S.Martino Genova

Introduzione: L'insorgenza insidiosa della trombosi della vena renale (TVR) è molto comune e non provoca sintomatologia clinica riferibile al rene. L'esordio acuto invece è piuttosto raro e provoca sintomi e segni di infarto renale. Negli adulti, la trombosi della vena renale TVR idiopatica si verifica quasi sempre in pazienti che hanno una sindrome nefrosica, un'emoconcentrazione, uno stato di ipercoagulabilità. Meno frequente è la TVR secondaria causata da neoplasie maligne renali che si estendono nelle vene renali, compressione estrinseca della vena renale, contraccettivi orali, trauma o, raramente, tromboflebite migrante. Presentiamo un raro caso di TVR acuta secondaria a neoplasia renale giunto alla nostra osservazione.
Materiale e Metodi: Uomo di 57 anni in buone condizioni generali diabetico. In pieno benessere improvviso dolore tipo colica al fianco sinistro con iperpiressia, ematuria e leucocitosi. Esame obiettivo al ricovero evocativo per colica renale. L'ecografia renale vede un rene di sinistro nettamente aumentato di volume, modicamente iperecogeno con lieve estasia calico-pielica omolaterale; non si rilevano immagini riferibili a calcoli. Esegue una TC addomino-pelvica urgente che dimostra rene muto sinistro, una trombosi completa della vena renale di sinistra in tutto il suo decorso, rene sinistro aumentato di dimensioni, con diffuse ipodensità in parte cuneiformi con base corticale. Iperdensità del tessuto adiposo perirenale e ispessimento delle fasce renali anteriori e posteriori omolaterali, compatibili con alterazioni renali da TVR. Successivo immediato tentativo infruttuoso di lisi endoscopica del trombo e infusione con cateterino e in pompa di urochinasi. Per il peggioramento delle condizioni generali e dell'ematuria veniva eseguita una ulteriore TC di controllo che risultava essere sovrapponibile alla precedente ma ancora senza reperti certi per neoplasia renale. Escluse tutte le possibili ipotesi nefrologiche, ematologiche e paraneoplastiche si decide di eseguire una nefrectomia radicale allargata per via anteriore, previo posizionamento di filtro cavale.
Risultati: Carcinoma renale papillifero, plurifocale, diffuso a tutto il rene con trombosi neoplastica della vena renale parzialmente asportato (pT3b-pN0-pMX/G3). Attualmente paziente in discrete condizioni generali in attesa di eseguire gli esami di follow-up.
Conclusioni: La TVR acuta nell'adulto secondaria a neoplasia renale è un evento estremamente raro e può essere di difficile interpretazione clinica. Questo caso risulta particolarmente interessante e singolare in quanto la particolare disposizione della neoplasia associata al quadro clinico della trombosi acuta non ha permesso una sicura diagnosi preoperatoria nonostante le indagini eseguite.

Abstract n. 14 Poster

NEUROFIBROMA DEL PENE: PRESENTAZIONE CLINICA ATIPICA DI UNA PATOLOGIA RARA

Morelli B., Piovano M., Greco A., Petraz M., Berta G., Pippione M.[1], Bussolati G.[2], Tizzani A.

[1]Clinica Urologica - Università degli Studi di Torino Progetto Prostata Torino - Centro di Riferimento per la Ricerca la Diagnosi e la Cura del Tumore Prostatico; [1]Direttore della Divisione di Dermosifilopatia; [1]Ospedale Molinette - Torino; [2]Direttore del Servizio di Anatomia Patologica; [1]Ospedale Molinette-Torino

Introduzione: nell'ambito delle patologie rare che possono colpire i genitali esterni, il neurofibroma del pene rappresenta circa il 3 % di esse. Tale patologia può colpire dversi organi e sedi, soprattutto i tessuti molli della testa e del collo. La prognosi è migliore per le lesioni dell'apparato uro-genitale rispetto a quelle localizzate altrove; tali lesioni infatti hanno un decorso lento e, una volta asportate chirurgicamente, raramente vanno incontro a recidive o a localizzazioni metastatiche. Generalmente colpiscono una fascia di età pediatrica o infantile oppure comparire in tarda età (oltre i 65 anni): nel primo caso si configurano come manifestazione unica o molteplice della malattia di von Recklinghausen (a trasmissione genetica con modalità autosomica dominante, nelle varianti tipo 1 e 2). La forma solitaria può anche non essere espressione di tale malattia e rappresentare la manifestazione tipica nell'età più avanzata: solitamente ha uno sviluppo piatto o modestamente cuneiforme; talora nella sua variante "plessiforme" può avere un'estensione tale da coinvolgere lo sbocco urinario fino all'ostruzione.
Materiali e Metodi: presentiamo qui il caso di un soggetto di 65 anni che è giunto alla nostra osservazione per la comparsa e lo sviluppo di una tumefazione localizzata a livello della parte dorsale, in sede prossimale destra del prepuzio. Tale lesione, della grandezza di circa 2 cm, impediva il completo scoprimento del glande, creando dolore al paziente ed episodi di balanopostite a carattere recidivante, talora sanguinante. Il paziente veniva dunque sottoposto ad ecografia peniena, che evidenziava una massa circoscritta a livello soprafasciale, a margini sfrangiati, con ecogenità disomogenea, senza segni di invasione delle strutture cavernose adiacenti. In seguito si è dunque proceduto ad intervento chirurgico di escissione circolare sottocoronale della massa stessa avvolta dal foglietto prepuziale sovrastante e tenacemente adesa alla tunica albuginea e a contestuale circoncisione. La lesione era attigua al fascio vasculonervoso del pene, che è stato risparmiato. L'esame istologico estemporaneo e poi quello definitivo deponevano per una lesione costituita da abbondanti fasci neurali e infiltrato gigantocellulare compatibile con neurofibroma del pene. Nel seppur breve follow up, non si è riscontrata alcuna ripresa di malattia localmente.
Conclusioni: i tumori dei tessuti molli del pene sono una patologia molto rara. Generalmente il loro andamento (a differenza di quello in altre sedi) è fausto e l'exeresi chirurgica è risolutiva nella maggior parte dei casi. Potrebbe essere auspicabile, vista la rarità di presentazione di tali patologie, una raccolta di dati osservazionali provenienti da più centri urologici, in modo tale da definire meglio il follow up di questi pazienti, della loro patologia e standardizzare il tipo di terapia.

Abstract n. 15 Comunicazione

ANALISI RETROSPETTIVA DI 107 PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO CON INFILTRAZIONE DEL COLLO VESCICALE (PT4) TRATTATI CON PROSTATECTOMIA RADICALE

Della Melina A., Villari D., Castigli M., Dattolo E., Delle Rose A., Fiorelli C., Li Marzi V., Marzocco M., Mencarini M., Mottola A., Paoletti M.C., Ringressi A., Stomaci N., Nicita G.

SOD Urologia II AOU-Careggi Firenze

Introduzione e Obiettivi: L'orientamento della nostra clinica è sempre stato quello di non limitare la terapia chirurgica ai soli tumori prostatici intracapsulari. Presentiamo qui l'analisi retrospettiva relativa a 107 pazienti affetti da adenocarcinoma prostatico in stadio pT4 trattati con prostatectomia radicale.
Materiali e Metodi: Tra il Gennaio 1994 ed il Dicembre 2005 sono stati sottoposti a prostatectomia radicale 1129 pazienti, 107 (9,5%) sono risultati in stadio pT4. L'età media è di 66,23 aa (range 54-83 aa). In 25 casi (23,4%) i margini chirurgici sono risultati positivi mentre i linfonodi sono risultati coinvolti in 29 casi (27,1%). Il Gleason score è risultato nello 0,9% dei casi di 4, nel 2,8% di 5, nel 10,3% e nel 26,2% dei casi rispettivamente di 6 e 7, nel 13,1% di 8, nel 25,2% di 9 e nel 3,7% di 10.
In nessun caso erano presenti metastasi a distanza o coinvolgimento rettale. Una terapia neoadiuvante è stata applicata in 18 casi (23,4%) mentre una eventuale terapia adiuvante è stata applicata in maniera non uniforme.
Risultati: Il follow-up medio è di 82,3 mesi (range: 3,4-145,5) con una mediana di 89,3 + 37,8 mesi. Conosciamo lo stato in vita e l'eventuale data del decesso di 77 pazienti (71,9%). 28 di questi (36,4%) risultano deceduti, 19 dei quali (67,8%) per carcinoma prostatico.
La sopravvivenza globale è risultata del 79,4% e del 52,3% a 5 e 10 aa. contro una sopravvivenza causa specifica rispettivamente del 83,2% e del 69,9%.
Attualmente il 53% dei pazienti non effettua alcuna terapia ed il 61,7% presenta un PSA<0,2.
Tutti i pazienti deceduti presentavano coinvolgimento delle vescicole seminali. Ad una analisi univariata sono risultati fattori prognostici significativi il coinvolgimento delle vescicole seminali (p=0,0015), lo stato dei linfonodi (p=0,01), il coinvolgimento dello stroma perivescicale (p=0,0021) ed il Gleason score (p=0,0009). Questi ultimi due sono risultati, ad un'analisi multivariata, fattori prognostici indipendenti (p=0,04 e p=0,01). La sopravvivenza libera da malattia è risultata del 46,5% a 5 aa e del 38,1% a 10 aa. Sono risultati fattori significativi per la ripresa di malattia il coinvolgimento delle vescicole seminali (p=0,005), il coinvolgimento linfonodale (p=0,006) e l'invasione degli stromi perivescicali (p=0,002). In nessun paziente è stata posizionata alcuna derivazione urinaria permanente o temporanea.
Il 37,6% dei pazienti è attualmente continente mentre l'11% usa un solo pad die.
Conclusioni: I dati a nostra disposizione ci incoraggiano ad estendere l'indicazione alla chirurgia anche allo stadio T4, sebbene in pazienti selezionati, così da aumentare la sopravvivenza causa specifica, influire positivamente sul controllo della malattia e ridurre le complicanze locali. Sono comunque auspicabili esperienze prospettiche e multicentriche al fine di poter disporre di casistiche più ampie.

Abstract n. 16 Comunicazione Selezionata

RADIOTERAPIA IPOFRAZIONATA ADIUVANTE SHORT COURSE CON TOMOTERAPIA ELICALE

Alongi F.[1], Cozzarini C.[1], Di Muzio N.[1],Rigoni L.[1], Fiorino C.[2], Broggi S.[2], Calandrino R.[2], Fazio F.[1,3]

[1]Radioterapia Oncologica, Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; [2]Dipartimento di Fisica medica,Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; [3]IBFM-CNR, Università Milano-Bicocca

Introduzione e Obiettivi: Recentemente, nel nostro istituto è stato attivato un protocollo di Radioterapia adiuvante (ADV) ipofrazionata con tomoterapia elicale (TT) dopo prostatectomia retropubica radicale (RRP) per carcinoma prostatico (CaP). In questo studio presentiamo i dati di tossicità acuta relativi ai primi 40 pz.

Metodi: Nel gruppo di studio di 40 pazienti, è stato prescritta sul letto tumorale una dose di 58 Gy (2.9 Gy/fr; dose equivalente per 2 Gy a 68 Gy) in 20 frazioni rispetto alle 38 sedute con radioterapia convenzionale.
Tutti i pz del protocollo sono stati sottoposti a linfoadenectomia pelvica e RRP per un Ca Prostatico (CaP) pT2R1 (n=12), pT3a (n=25) o pT3b (n=3). Nei pz con pT3b anche il letto delle vescicole seminali è stato compreso nel piano di trattamento con dosi di 53 Gy (2.65Gy/fr) con una sovradose concomitante. L'apparecchiatura di Tomoterapia utilizzata ha permesso di ottenere una estrema precisione nella erogazione della dose attraverso la possibilità di visualizzare, grazie alla Tc integrata l'anatomia e i volumi di trattamento del paziente ad ogni seduta di trattamento.Questa possibilità unita alla tecnica di erogazione della dose (modulazione di intensità) ha consentito un notevole risparmio dei tessuti sani adiacenti il volume di interesse
Risultati: La dose media ottenuta al retto è stata di 26 Gy, con un valore medio % di volume rettale cheha ricevuto una dose > 40 Gy del 24%. Per la vescica, il risparmio dipendeva dal grado di riempimento allo scanogramma CT, con una dose media che variava da 28 Gy per la vescica piena a circa 40 Gy per la vescica vuota.
Dopo un follow-up medio di 12 mesi (range 4-15), la tossicità acuta è stata classificata, in accordo alla RTOG scale, come segue: G1 50%, G2 15%, G3 2.5% nel distretto genito urinario; G1 23%, G2 2.5% nel tratto GI superiore; proctite G1 25%, G2-G3 nessuno. In confronto, la tossicità acuta in una coorte di 107 pz confrontabili (pT2R1, pT3, pN0, no terapia ormonale) trattati con RT conformazionale a 68-70 Gy, era stata registrata come segue:: G1 23%, G2 14%, G3 2%% nel distretto genito urinario; G1 12%, G2 5% nel tratto GI superiore; proctite G1 21%, G2 9%. L' incidenza comparabile di TOX Genito-Urinaria acuta tra TT e RT conformazionale può derivare da volumi vescicali simili inclusi nella regione ad "alte dosi", mentre la significativa riduzione di TOX GI 2/3 con TT, che risulta da un ripido gradiente di dose realizzabile con TT può dipendere dalla riduzione di circa il 20-25% della dose media che riceve il retto con l'approccio con tomoterapia.
Conclusioni: sebbene preliminari, questi dati suggeriscono la possibilità di somministrare in maniera sicura una TT adiuvante ipofrazionata dopo RRP, con significativa riduzione della TOX GI e della durata totale del trattamento della RT rispetto al regime convenzionale.

Abstract n. 17 Comunicazione

UTILIZZO DEL TEST IMMUNOCITOLOGICO UCYT NEL MANAGEMENT DEI PAZIENTI CON TUMORE UROTELIALE DELLA VESCICA

Bernardi A.[1], Berno E.[1], Ferrando U.[2], Gussio M.1, Lovadina P.[1], Luparia P.[1], Morabito F.[2], Rossi R.[2], Berardengo E.[1]
[1]S.C. Anatomia Patologica 4, Presidio San Giovanni Antica Sede, ASO Molinette Torino - [2]S.C. Urologia 3, ASO Molinette Torino

Introduzione e Obiettivi: Tradizionalmente la diagnosi del tumore della vescica si basa sull'uso di due metodi diagnostici complementari: la cistoscopia, estremamente accurata ma invasiva con alta sensibilità e bassa specificità e la citologia altamente specifica ma poco sensibile per la diagnosi dei tumori della vescica di basso grado. I limiti della citologia urinaria e l'invasività della cistoscopia creano interesse per l'individuazione di nuove tecniche diagnostiche. A Fradet e Lockart si deve la messa a punto della metodica immunocitologica (UCyt) che evidenzia markers specifici del tumore della vescica presenti nelle cellule esfoliate dall'epitelio transizionale in campioni di urina spontanea. Scopo del lavoro è valutare se il test UCyt può migliorare la sensibilità diagnostica.
Metodi: Nel periodo gennaio 2005 - maggio 2006 sono stati processati campioni di urina spontanea da 600 pazienti, previa filtrazione su membrane Watman 25 Ìm con UCyt kit (DiagnoCure) che utilizza, in immunofluoresecenza, gli anticorpi 19A211, coniugato con Texas Red contro un antigene carcinoembrionale ad alto peso molecolare e M0 344 + LDQ10, coniugati con fluoresceina contro mucine citoplasmatiche presenti in molti tumori della vescica. La lettura con microscopio a fluorescenza, doppio filtro, obiettivo 40x è stata eseguita parallelamente al test citologico in doppio cieco. Di 284 pazienti era disponibile il test strumentale cistoscopico.
Risultati: Nel nostro studio la correlazione tra UCyt e Citologia, Citologia e Strumentale, UCyt e Strumentale è risultata statisticamente significativa ($p<0.0001$). Su 284 pazienti 47 sono risultati positivi al test strumentale contro 241 pazienti negativi. La sensibilità della citologia è risultata del 56% e la specificità dell' 83%, la sensibilità di UCyt dell' 81.4% e la specificità dell' 80.5%. La sensibilità dei due test combinati è risultata dell' 83.72%.
Conclusioni: Nel management del carcinoma uroteliale della vescica, l'utilizzo del test UCyt su campioni di urina spontanea si è dimostrato un valido aiuto nell'incrementare la sensibilità diagnostica in affiancamento all'esame citologico tradizionale. L'abbinamento dei tre tests: strumentale, citologico e UCyt, se pur indipendenti tra loro, migliora l'accuratezza della diagnosi. L'affidabilità dei due tests di laboratorio, nell'evidenziare i casi realmente negativi, consente di programmare controlli strumentali ad intervalli piò dilazionati nel tempo mentre la presenza di positività contemporanea del test citologico e UCyt, in presenza di esame strumentale negativo, suggerisce controlli più´ ravvicinati.

Bibliografia
Fradet Y et al. Proc. Natl. Acad. Sci.USA 1987; 84(20): 7227-31
Mian C et al. Anticancer Res. 2005 ; 25(5) : 3641-4
Lodde M. et al. Urology 67(5) : 950-954, 2006

Abstract n. 18 Comunicazione

BRACHITERAPIA CON IMPIANTO PERMANENTE PER IL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO: L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

Vavassori A.[1], Cattani F.[2], Fodor A.[1], Ferrari A.[1], Pinzi V.[1], Lazzari R.[1], Rondi E.[2], Ciocca M.[2], Fodor C.[1], Jereczek-Fossa B.A.[1,4], Ivaldi G.[1], Zerini D.[1], DeCobelli O.[3], Matei D.V.[3], Scardino E.[3], Verwej F.[3], Rocco B.[3], Musi G.[3], Follini M.[3], Orecchia R.[1,4]
[1]Divisione Radioterapia, [2]Divisione Fisica Sanitaria, [3]Divisione Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano, [4]Università degli Studi di Milano

Introduzione e obiettivi: Valutare l'incidenza della tossicità acuta e cronica e del controllo biochimico dopo brachiterapia intraprostatica con impianto permanente in una serie di 266 pazienti (pz) trattati presso un singolo Istituto.
Metodi: Da ottobre 1999 a maggio 2006, 258 pz affetti da adenocarcinoma prostatico cT1a-3aN0M0 (AJCC 1997) e 8 pz affetti da recidiva locale dopo chirurgia e/o radioterapia a fasci esterni sono stati sottoposti a brachiterapia utilizzando sia semi di 103Pd (16 pz) che di 125I (250 pz). L'età mediana è stata 70 anni. La distribuzione per gruppi di rischio è stata la seguente: 177 pz a basso rischio, 62 pz a rischio intermedio e 19 pz ad alto rischio. Centosessanta pz hanno ricevuto terapia ormonale, prevalentemente per ridurre la volumetria ghiandolare. Ventitre pz sono stati trattati con una combinazione di radioterapia a fasci esterni e brachiterapia. I primi 60 impianti sono stati realizzati mediante un piano di cura preoperatorio, i successivi 206 con un piano di cura perioperatorio realizzato utilizzando hardware e software dedicati disponibili nel nostro Istituto da aprile 2001. Prima del trattamento la funzionalità

urinaria è stata valutata mediante uroflussometria (flusso massimo mediano 16 ml/sec) e il questionario IPSS (punteggio mediano 5). Per valutare il controllo biochimico (bNED) è stata utilizzata la definizione ASTRO di recidiva, mentre è stato definito bounce ogni rialzo del valore del PSA seguito da una sua diminuzione.
Risultati: Il follow-up mediano è stato di 36 mesi con una mediana di 9 dosaggi di PSA per paziente. Dieci pz risultano persi al follow-up. La sopravvivenza specifica per malattia è pari al 98,5%. Quattordici pz (5,7%) hanno avuto una ritenzione acuta d'urina che ha richiesto la temporanea cateterizzazione. Nessun paziente ha sviluppato incontinenza urinaria. L'analisi del controllo biochimico è stata effettuata solo per i pz con almeno 3 dosaggi del PSA, per un totale di 212/243 pz trattati con sola brachiterapia e 22/23 pz trattati con radioterapia e brachiterapia. Nei pz trattati con sola brachiterapia la bNED e l'incidenza di bounce sono stati 78,3% e 11,8%, 50% e 25%, 25% e 8,3% rispettivamente nel gruppo a basso, intermedio ed alto rischio. Dieci pz sono deceduti senza malattia. Nei pz trattati con radioterapia e brachiterapia la bNED e l'incidenza di bounce sono stati 60% e 20%, 75% e 16,7%, 60% e 20% rispettivamente nel gruppo a basso, intermedio ed alto rischio.
Conclusioni: La brachiterapia è una modalità di trattamento del carcinoma prostatico in stadio iniziale che offre una bNED paragonabile a quella delle altre modalità terapeutiche a fronte di una tossicità acuta e cronica accettabile. Questi risultati preliminari sono comparabili con quelli della letteratura, ma per confermare tali dati è necessario un follow-up più lungo.

Abstract n. 19 Poster

TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DEI TUMORI DELLA PELVI RENALE E DELL'URETERE

Piccinni R., Callea A., Sblendorio D., Berardi B., Zizzi V., Tempesta A., Gala F., Cafarelli A., Fiorentino N., Traficante A.
U. O. Clinicizzata di Urologia "Ospedale Di Venere" AUSL BA/4, Bari

Introduzione e Obiettivi: La nefroureterectomia è il trattamento d'elezione delle neoplasie uroteliali (TCC) della pelvi renale e dell'uretere, ma in casi selezionati (pazienti monorene, neoplasie bilaterali o di basso grado e stadio) è possibile e auspicabile un trattamento endourologico conservativo.
Metodi: Per TCC della pelvi renale e dell'uretere, in 7 anni abbiamo eseguito 99 urterorenoscopie diagnostiche ed operative e trattato 50 unità renoureterali; in 20 di esse, con neoplasie di basso stadio e grado (15 pazienti, di cui 5 con TCC bilaterale), è stato effettuato un trattamento ureteroscopico (biopsia a freddo e fotocoagulazione laser della base d'impianto); in 33 casi è stata effettuata una nefroureterectomia (30 in prima istanza per neoplasie di alto stadio e/o grado e 3 per recidiva di alto grado dopo trattamento endourologico).
Risultati: Dei 15 pazienti (20 unità renoureterali) trattati in modo conservativo, 6 hanno manifestato recidive di basso grado ed hanno richiesto mediamente 1,7 procedure endourologiche/unità renoureterale, ma ad un follow up medio di 31,7 mesi, sono attualmente liberi da recidiva; 3 pazienti hanno manifestato recidive di alto grado e sono stati sottoposti a nefroureterectomia, 6 pazienti non hanno manifestato recidive. Il tasso complessivo di recidiva è stato del 75% (52,6% se si esclude un paziente che ha presentato ben 5 recidive di basso grado). In 8 pazienti con riscontro radiologico di sospetto tumore uroteliale la biopsia transureteroscopica è risultata negativa, consentendo di preservare l'unità renoureterale.
Conclusioni: Secondo una recente revisione della letteratura (Bagley DH, 2005) il trattamento conservativo transureteroscopico dei TCC comporta un tasso di recidive del 31-65% con disease free rate del 35-86% e tassi di progressione e di metastatizzazione bassi, correlati al grading del tumore. L'ablazione ureteroscopica di un TCC di basso stadio e grado (G1-2) sembrerebbe, pertanto, un trattamento valido anche in pazienti con reni controlaterali normali (Tolley DA, 2004).
Una eventuale terapia adiuvante topica con mitomicina e BCG sembra essere ben tollerata ed efficace (Gupta M, 2004).

Abstract n. 20 Poster

LINFOADENECTOMIA PELVICA NEL CARCINOMA PROSTATICO CON PSA < 10 NG/ML

Berardi B., Callea A., Zizzi V., Cafarelli A., Piccinni R., Crudele G., Sblendorio D., Gala F., Tempesta A., Traficante A.
AUSL BA 4, U.O. Clinicizzata di Urologia, Ospedale "Di Venere", Bari

Introduzione e Obiettivi: La prostatectomia radicale è il miglior trattamento per neoplasie T1-2, in pazienti con aspettativa di vita > 10 anni, ma nessun paziente pN1, trattato con sola chirurgia, è libero da progressione a 10 anni (Partin e coll. 1994). Molti autori (Rees e coll., 1995; Alagiri e coll., 1997; El-Galley e coll., 1998) sostengono, soprattutto in caso di prostatectomia radicale perineale o laparoscopica, l'inutilità della linfoadenectomia pelvica in T1-2 con PSA < 20 e Gleason score ≤ 7.
Metodi: Negli ultimi 8 anni abbiamo eseguito 336 linfoadenectomie ileo otturatorie in pazienti affetti da carcinoma prostatico. Tutti sono stati studiati con PSA, DRE e TRUS e, per PSA > 10 ng/ml, con scintigrafia ossea e TAC addominopelvica. Abbiamo esaminato un sottogruppo di 27 soggetti pN1 (8 %), con PSA preoperatorio < 10 ng/ml. L'età media era 66 anni (range 48 – 74), tutti erano clinicamente T1-2, con PSA medio 6,2 ng/ml (range 0,7 a 9,8) e Gleason score medio 6,6 (range 3-9 e ≤ 7 in 20/27). In 8 pazienti con linfonodi macroscopicamente interessati è stata effettuata un'istologia al congelatore e un'orchiectomia subcapsulare; in 19 la positività linfonodale è stata rilevata solo all'istologia definitiva e, pertanto, è stata eseguita una prostatectomia radicale retropubica (RRP).
Risultati: La stadiazione patologica (TNM 1997) è stata: 1 pT2aN1, 2 pT2bN1, 4 pT3aN1, 10 pT3bN1 ed 2 pT4N1. In 12 pazienti è stata riscontrata un'infiltrazione delle vescichette seminali (in 6 casi bilaterale) ed in 13 di questi anche la presenza di margini positivi. In 11 pazienti risultava interessato 1 singolo linfonodo, negli altri 16 l'interessamento linfonodale era multiplo. Il Gleason score definitivo era sempre ? 7 (media 7,9). Dei 19 pazienti sottoposti a RRP, 5 sono stati avviati a radioterapia (RT) adiuvante, 10 ad RT più ormonoterapia ed altri 4 solo ad ormonoterapia adiuvante. Il follow up medio è di 58 mesi e sono disponibili i dati relativi a 23 pazienti, con 4 sole progressioni biochimiche (17,2%); 1 di questi pazienti è deceduto per malattia metastatica (4,3%).
Conclusioni: Riteniamo che la linfoadenectomia pelvica sia indispensabile per una corretta stadiazione del carcinoma prostatico anche in caso di PSA < 10 ng/ml, di Gleason score < o = 7 e di neoplasie T1-2; nei pN1, inoltre, la ormonoterapia adiuvante consente di ottenere un cancer specific survival rate dell'80% a 10 anni (Zincke e coll., 1999).

Abstract n. 21 Video

RIPARAZIONE DI LESIONE DELLA PARETE CAVALE IN CORSO DI NEFRECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA

Cestari A.[1], Callea A., Berardi B., Piccinni R., Zizzi V., Sblendorio D., Tempesta A., Gala F., Crudele G., Cafarelli A., Guazzoni G.[1], Traficante A.
AUSL BA 4, U.O. Clinicizzata di Urologia, Ospedale "Di Venere", Bari; [1]Istituto San Raffaele di Milano U.O. Urologia

La laparoscopia ha ormai un ruolo di primo piano nel trattamento dei tumori renali sia per via trans che retroperitoneoscopica.

La nefrectomia radicale laparoscopica è un intervento ben codificato ed eseguito in molti centri.
Le complicanze vascolari di questo intervento, soprattutto quelle a carico della vena cava, sono però sempre possibili e rivestono un carattere spesso drammatico per l'entità del sanguinamento, tanto da comportare in moltissimi casi la conversione in open surgery.
Nel video si riporta una lesione della vena cava occorsa durante una nefrectomia radicale destra che è stata riparata senza convertire l'intervento in open. Questo grazie alla esperienza del chirurgo che, in quell'occasione, operava come tutor nella nostra sala operatoria.

Abstract n. 22 Video

TRATTAMENTO URETEROSCOPICO DI SOSPETTO TUMORE RECIDIVO DELL'URETERE

Sblendorio D., Piccinni R., Callea A., Berardi B., Zizzi V., Tempesta A., Gala F., Cafarelli A., Traficante A.
U. O. Clinicizzata di Urologia Ospedale "Di Venere" AUSL BA/4, Bari

Introduzione e Obiettivi: La nefroureterectomia è il trattamento d'elezione delle neoplasie uroteliali (TCC) della pelvi renale e dell'uretere, ma in casi selezionati (pazienti monorene, neoplasie bilaterali, di basso grado e stadio) è possibile un trattamento endourologico conservativo.
Metodi: In 7 anni abbiamo eseguito 99 ureterorenoscopie diagnostiche e operative in 44 pazienti (52 unità renoureterali) per sospetto TCC della pelvi o dell'uretere; in 27 di essi è stata effettuata una ureteroscopia con prelievo bioptico e fotocoagulazione laser della neoplasia; in 17 pazienti è stata effettuata solo una ureteroscopia diagnostica.
Risultati: Quindici pazienti (20 unità renoureterali) sono stati sottoposti a biopsia a freddo e a fotocoagulazione laser transureteroscopica, 6 di questi hanno manifestato recidive di basso grado ed hanno richiesto mediamente 1,7 procedure/unità renoureterale, ma ad un follow up medio di 31,7 mesi sono liberi da recidiva; 3 pazienti hanno manifestato recidive di alto grado e sono stati avviati a nefroureterectomia.
Il tasso complessivo di recidiva è stato, in questi casi, del 75%; in 8 pazienti sottoposti a ureteroscopia per sospetto TCC la biopsia transureteroscopica è risultata negativa. Il video documenta una di queste procedure che ha consentito di risparmiare una unità renoureterale.
Sempre in questi 7 anni abbiamo eseguito per TCC della pelvi o dell'uretere 33 nefroureterectomie, in 19 delle quali abbiamo effettuato preventivamente la disinserzione endoscopica del meato ureterale.
Conclusioni: Secondo una recente revisione della letteratura (Bagley DH, 2005) il trattamento conservativo transureteroscopico dei TCC comporta un tasso di recidive del 31-65% con disease free rate del 35-86% e tassi di progressione e di metastatizzazione bassi, correlati al grading del tumore. L'ablazione ureteroscopica di un TCC di basso stadio e grado (G1-2) sembra un trattamento valido anche in pazienti con reni controlaterali normali (Tolley DA, 2004). Una eventuale terapia adiuvante topica con mitomicina e BCG sembra essere ben tollerata ed efficace (Gupta M, 2004).

Abstract n. 23 Comunicazione

HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU): QUATTRO ANNI DI ESPERIENZA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO

Callea A., Zizzi V., Cafarelli A., Piccinni R., Berardi B., Sblendorio D., Tempesta A., Gala F., Fiorentino N., Traficante A.
AUSL BA 4, U.O. Clinicizzata di Urologia, Ospedale "Di Venere", Bari

Introduzione e Obiettivi: L'HIFU nel trattamento del carcinoma prostatico si prefigge la termoablazione della ghiandola con ultrasuoni focalizzati ad alta energia. Numerosi studi clinici hanno dimostrato l'efficacia e la tollerabilità del trattamento in pazienti con carcinoma localizzato ed in quelli con recidiva locale dopo radioterapia o prostatectomia radicale, ma esistono pochi dati sulla sua efficacia in pazienti con carcinomi localmente avanzati o ad alto rischio di progressione.
Metodi: In 50 mesi abbiamo effettuato 152 trattamenti ABLATHERM (EDAP TECHNOMED) in 132 pazienti (età media 74,3 anni, PSA medio 29,3 ng/ml e Gleason score medio 6,9) affetti da carcinoma prostatico localizzato o localmente avanzato (N0M0), non candidabili a chirurgia radicale per età superiore a 75 anni o per comorbilità. Il volume prostatico medio pre-trattamento era di 51,6 ml (range 1 – 172 ml); 20 erano neoplasie a basso rischio di progressione (T1-T2a con Gleason score ≤ 6 e PSA ≤ 10 ng/ml), 18 a medio rischio (T2b o Gleason score = 7 o PSA fra 10 e 20 ng/ml) e 94 (71,2%) ad alto rischio (≥ T2c o Gleason score > 7 o PSA > 20 ng/ml). In tutti i pazienti è stata effettuata una TURP prima del trattamento termoablativo. In 16 pazienti è stato effettuato un secondo trattamento HIFU per persistenza di cellule neoplastiche alla biopsia di controllo a 6 mesi, mentre in 4 casi un ritrattamento è stato necessario a causa di un volume prostatico superiore a 100 ml.
Risultati: Il follow up medio è di 30,3 mesi, con dosaggio del PSA ogni 3 mesi e biopsia prostatica a 6 mesi dall'HIFU.
Il success rate biochimico (PSA stabilmente < 0,5 ng/ml) è stato 73,7% nei tumori a basso e medio rischio di progressione e 32,0% in quelli ad alto; il success rate istopatologico (negativizzazione della biopsia) è stato 84,6% nei tumori a basso e medio rischio e 66,0% in quelli ad alto.
I pazienti con PSA failure sono stati avviati a terapia con bicalutamide 150 mg/die e, al momento, abbiamo registrato solo 2 decessi per progressione della malattia ed 1 per complicanze (fistola rettale) del trattamento. Gli eventi avversi sono stati: UTI asintomatiche nel 21,9% dei casi, ematuria nel 4,5%, prostatiti nel 3,7%, orchiepididimiti e dolore emorroidario nel 2,2%, stenosi dell'uretra nel 9,0%, sclerosi del collo vescicale nel 14,3%, fistola uretro-rettale nello 0,7%, stress incontinence di grado lieve nel 3,7% e disfunzione erettile nel 77,2% dei casi.
Conclusioni: La prostatectomia radicale è il trattamento d'elezione per le neoplasie localizzate e consente la migliore sopravvivenza. L'HIFU è un'alternativa promettente nelle neoplasie a basso e medio rischio di progressione, non candidabili a chirurgia radicale. Nelle forme localmente avanzate e ad alto rischio di progressione l'HIFU ha consentito una terapia risolutiva in circa un terzo dei casi. Sarà necessario un follow up più lungo per confermare questi dati preliminari.

Abstract n. 24 Comunicazione

ANALISI DI ESPRESSIONE CITOPLASMATICA E NUCLEARE DI PVHL E HIF-1α NEI TUMORI RENALI A CELLULE CHIARE INTRACAPSULARI: L'ESPRESSIONE NUCLEARE DI HIF-1α RAPPRESENTA UN FATTORE PROGNOSTICO SFAVOREVOLE INDIPENDENTE

Minervini A.[1], Di Cristofano C.[2], Serni S.[1], Lapini A.[1], Salinitri G.[1], Bertacca G.[2], Masieri L.[1], Lessi F.[2], Bevilacqua G.[2], Cavazzana A.[2], Minervini R.[3], Carini M.[1]
[1]Clinica Urologica I, Università, degli Studi di Firenze; [2]Dipartimento di Oncologia, Divisione di Anatomia Patologica, Università di Pisa; [3]Dipartimento di Chirurgia, Clinica Urologica, Università di Pisa

Obiettivo: L'inattivazione del gene VHL rappresenta la piu' frequente anomalia genetica nel carcinoma renale a cellule chiare (ccRCC). Le proteine codificate dal gene VHL (pVHL), media-

te la formazione di un complesso eterotrimerico si legano al HIF-1α e promuovono la sua degradazione. Scopo dello studio e' indagare il pattern di espressione e valutare il ruolo prognostico delle pVHL e del HIF-1α nei cc-RCC T1-T2.
Pazienti e Metodi: Un tissue microarray è stato sviluppato su 136 cc-RCC intracapsulari con un follow up medio di 74 mesi. Sono stati utilizzati due anticorpi monoclinali (clone Ig32 e clone Ig33) e un anticorpo policlonale anti-HIF-1α. Il pattern di espressione di tali markers è stato messo in relazione con variabili clinicopatologiche riconosciute. La probabilità; di sopravvivenza stratificata per le variabili analizzate è stata calcolata con il metodo di Kaplan-Meier, utilizzando il log-rank test per determinare le differenze tra le variabili considerate.
Risultati: Gli anticorpi Ig32 and Ig33 anti pVHL hanno mostrato una positività; citoplasmatica nel 89.7% e nel 85.7% dei casi. La positività; citoplasmatica e nucleare per HIF-1α è stata riscontrata nel 90.5% e nel 67.4% dei casi. La mancata espressione di pVHL e la presenza di HIF-1α a livello nucleare si sono rivelati fattori prognostici sfavorevoli significativi ed indipendenti p=0.0079 e p=0.0055). L'espressione di HIF-1α a livello citoplasmatico si e' rivelata un fattore prognostico favorevole statisticamente significativo (p=0.0027).
Conclusioni: Le pVHL sono espresse nella maggioranza dei cc-RCC a livello citoplasmatico e la mancata espressione di tali proteine rappresenta un fattore prognostico sfavorevole. HIF-1α è espresso sia a livello citoplasmatico che nucleare ma solo l'espressione nucleare determina una prognosi sfavorevole. Il traffico citoplasmatico-nucleare di HIF-1α sembra essere un fattore determinante per la progressione dei cc-RCC. Sia pVHL che HIF-1α si sono rivelati fattori prognostici indipendenti.

Abstract n. 25 Poster

TRATTAMENTO CONSERVATIVO DEGLI ANGIOMIOLIPOMI MEDIANTE TECNICA DI ENUCLEAZIONE SEMPLICE: 20 ANNI DI ESPERIENZA

Giubilei G., Minervini A., Masieri L., Lanzi F., Manoni L., Lapini A., Serni S., Carini M.
Clinica Urologica I, Università degli Studi di Firenze

Introduzione: L'angiomiolipoma renale è un tumore benigno il cui trattamento è indicato in caso di dimensioni superiori a 4 cm per il rischio di complicanze quali dolore, ematuria franca ed emorragia retroperitoneale. Attualmente, la chirurgia conservativa, se tecnicamente fattibile, rappresenta il gold standard terapeutico di tale patologia. Riportiamo la nostra casistica di angiomiolipomi renali trattati con tecnica di enucleazione valutando con particolare attenzione il rischio di recidiva locale e le complicanze intra e postoperatorie associate a tale trattamento.
Materiali e Metodi: Dal1986 al 2005, 37 pazienti consecutivi sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per angiomiolipoma renale. Le indicazioni per il trattamento hanno incluso: sintomi associati, dimensioni >4 cm e/o sospetto di malignità. Di questi, 34 (89%) (4 uomini, 30 donne; età media 50 anni, range 26-75,) sono stati sottoposti a trattamento conservativo mediante tecnica di enucleazione. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a controllo ecografico ogni 6 mesi per i primi due anni e successivi controlli ecografici con cadenza annuale. In caso di necessità i pazienti hanno eseguito esame TC addome o RMN. Data ultimo follow-up Gennaio 2006.
Risultati: Follow-up medio 56 mesi (range 10- 120). Diametro massimo medio della neoplasia 5.2 cm (range 1.5-15 cm, DS 4.7). Dei pazienti trattati con enucleazione 5 presentavano lesioni monolaterali multicentriche, in 3 era presente patologia bilaterale. Tre pazienti sono andati incontro a recidiva di malattia: 2 omolateralmente, 1 controlateralmente al rene trattato. Nessun paziente è deceduto nell'immediato postoperatorio. Tra le complicanze riportiamo 1 caso di sanguinamento trattato con emotrasfusioni (2.9%) e due episodi di febbre urosettica non associata a raccolte perirenali e trattati con terapia medica (5.9%).
Conclusioni: Se tecnicamente fattibile, l'enucleazione garantisce ottimi risultati in termini di "sopravvivenza" libera da recidiva. Tale tecnica garantisce inoltre una bassa incidenza di complicanze legate a danno vascolare e del sistema collettore e permette la massima preservazione di tessuto parenchimale sano.

Abstract n. 26 Comunicazione Selezionata

RISULTATI DELLA TECNICA DI ENUCLEAZIONE NEL TRATTAMENTO CONSERVATIVO DEI TUMORI RENALI (RCC) CON DIAMETRO MASSIMO ≤ 4 CM: ANALISI A LUNGO TERMINE SU 232 PAZIENTI

Minervini A, Serni S, Masieri L, Lanzi F, Tosi N, Giubilei G, Lapini A, Carini M.
Clinica Urologica I, Università degli Studi di Firenze

Obiettivo: La chirurgia nephron sparing condotta mediante tecnica di enucleoresezione rappresenta la tecnica di scelta per il trattamento dei tumori renali con diametro massimo ≤ 4 cm. Obiettivo dello studio è presentare la nostra ventennale esperienza nell'utilizzo della tecnica di enucleazione semplice in una serie consecutiva di RCC in stadio pT1a.
Pazienti e Metodi: Da Gennaio 1986 a Settembre 2004, 298 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia renale per RCC e con dimensioni patologiche massime ≤ 4 cm (pT1a). Di questi 257 (86%) sono stati sottoposti a enucleazione semplice e 41 (14%) a nefrectomia radicale. Dei 259 pazienti, 232 presentavano RCC singolo e sporadico e sono stati inclusi nello studio. L'enucleazione, prevede l'escissione della neoplasia con il tessuto adiposo perirenale utilizzando il piano di clivaggio tra parenchima sano e pseudocasula. Ultimo follow up Settembre 2005. La probabilità di sopravvivenza è stata calcolata con il metodo di Kaplan-Meier.
Risultati: Diametro medio della neoplasia 2.8 cm (SD 0.78, mediana 2.85, range 0.6-4). Distribuzione in base al grado nucleare di Fuhrman: 75 (32.3%) G1, 119 (51.3%) G2 e 38 (16.4%) G3-4. La valutazione istopatologica in base alla nuova classificazione (UICC and AJCC 1997) ha rivelato 198 cellule chiare (85.3%), 18 papillari (7.8%), 15 cromofobi (6.5%) e un (0.4%) carcinoma dei dotti collettori. Nessun paziente è deceduto nell'immediato postoperatorio. Follow up medio (mediana, range) 76 mesi (61, 12-225). Non ci sono state complicanze maggiori quali necrosi tubulare acuta/IRC e casi di sanguinamento che abbiano richiesto reintervento. Un paziente (0.4%) ha sviluppato una raccolta retroperitonele/urinoma a distanza dall'intervento che ha reso necessario aspirazione con posizionamento di drenaggio in situ e inserimento di JJ stent per 3 settimane. La sopravvivenza tumore-specifica a 5 e 10 anni è stata del 96.7% 2 94.7%, rispettivamente. La sopravvivenza libera da progressione di malattia a 5 e 10 anni è stata del 96% e 94%, rispettivamente. Complessivamente, in 13 pazienti si è avuta ripresa di malattia (6.4%): 3 recidive locali isolate (1.5%) in altra sede e quindi dovute a multifocalità. Non si sono osservati casi di recidiva locale sul letto di enucleazione.
Conclusioni: Se tecnicamente fattibile, l'enucleazione garantisce tassi di sopravvivenza tumore specifica e libera da progressione locale e sistemica eccellenti, del tutto paragonabili alla nefrectomia radicale e all'enucleoresezione. Questa tecnica garantisce inoltre una più ampia preservazione di tessuto sano e ad un minor rischio di complicanze maggiori.

Abstract n. 27 Video

PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA EXTRAPERITONEALE: COME PRESERVARE LA POTENZA E LA CONTINENZA

Celia A., Breda G.
Struttura Complessa di Urologia, Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (VI)

Introduzione: La prostatectomia radicale laparoscopica rappresenta oggi un valido trattamento terapeutico per il carcinoma prostatico clinicamente localizzato, con risultati oncologici e funzionali sovrapponibili alla tecnica open.
Materiale e Metodi: In questo video presentiamo i momenti salienti dell'intervento.
Eseguita la preparazione dello spazio extraperitoneale e l'inserimento dei trocar si prepara la loggia prostatica con esposizione della fascia endopelvica. Si incide la fascia endopelvica e si espone la prostata, successivamente si incide la fascia periprostatica. Si isolano i buldles neurovascolari per via smussa. Successivamente si esegue un'accurata dissezione e conservazione del collo vescicole. Il passo successivo consiste nell'isolamento dei deferenti, delle vescichette seminali e nella incisione della fascia interprostatorettale. L'intervento prosegue con la sezione dei peduncoli prostatici e la preservazione dei bundles neurovascolari postero-inferiormente. Tale passaggio chirurgico è facilitato dalla precedente preparazione dei bundles. L'isolamento e la sezione dell'uretra viene eseguita agevolemente grazie alla magnificazione delle immagini. L'intervento di conclude con la rimozione del pezzo operatorio, l'accurata emostasi e l'anastomosi vescico-uretrale in punti staccati secondo lo schema abituale.
Conclusioni: La tecnica laparoscopica, grazie alla magnificazione delle immagini, permette una migliore accuratezza nella preparazione del collo vescicole, nella dissezione dell'uretra, nella esecuzione dell'anastomosi vescico-uretrale e nella preservazione dei bundles neurovascolari, migliorando il recupero della continenza precoce ed aumentando il tasso di ripresa della potenza erettiva.

Abstract n. 28 Poster

ACCURATEZZA DIAGNOSTICA DELLA RISONANZA MAGNETICA CON BOBINA ENDORETTALE (ER-MRI) NELLA STADIAZIONE DEL CARCINOMA PROSTATICO CLINICAMENTE LOCALIZZATO

Porcaro A.B.[1],Migliorini F.[1], Monaco C.[1], Balzarro M.[1], Zecchini Antoniolli S.[1], Borsato A.[2], Ghimenton C.[3], Gortenuti G.[2], Longo M.[1], Pianon R.[1], Sava T.[4], Romano M.[5], Comunale L.[1]
[1]Unità Operativa di Urologia, [2]Dipartimento di Radiologia, [3]Dipartimento di Anatomia Patologica, [4]Unità Operativa di Oncologia, [5]Unità Operativa di Radioterapia Oncologica Ospedale Civile Maggiore, Verona

Introduzione: Obiettivo del presente lavoro è studiare l'accuratezza diagnostica della ER-MRI come metodica nella stadiazione del carcinoma prostatico clinicamente localizzato sia per quanto riguarda la penetrazione capsulare sia l'invasione delle vescichette seminali.
Materiali e Metodi: 111 pazienti con neoplasia clinicamente localizzata della prostata sono stati sottoposti a prostatectomia radicale, dopo essere stati stadiati con la ER-MRI. L'età media dei pazienti era 66 anni (range: 51-77). Il PSA medio preoperatorio era 10,8 ng/mL (range: 1–83,57). Il valore medio del Gleason score bioptico era 6 (range: 4-8). La stadiazione ER-MRI è stata praticata almeno 45 giorni dopo l'esecuzione delle biopsie prostatiche, utilizzando il Magnetom Symphony 1.5 Tesla. La stadiazione patologica è stata eseguita secondo il protocollo di Standford. I risultati della ER-MRI sono stati correlati statisticamente con quelli della stadiazione patologica in modo da definire la sensibilità, specificità, valore predittivo positivo, valore predittivo negativo e l'accuratezza globale della metodica.
Risultati: Il Gleason score patologico medio è risultato 6 (range 4-9). 77 pazienti (70%) sono risultati stadio patologico pT2 e 34 (30%) pT3 di cui 23 (21%) con penetrazione capsulare ed 11 (9%) con invasione delle vescichette seminali. La ER-MRI ha stadiato 80 pazienti (72%) come cT2 e 31 (28%) come cT3 di cui 18 (16%) con penetrazione capsulare e 13 (12%) con invasione delle vescichette seminali. Sensibilità, specificità, valore predittivo positivo, valore predittivo negativo ed accuratezza stadiante globale sono risultati rispettivamente 100%, 98%, 84%, 100% e 98% per la penetrazione capsulare; mentre 100%, 98%, 84%, 100% e 98% per la invasione delle vescichette seminali rispettivamente.
Conclusioni: In questa esperienza preliminare la ER-MRI si è dimostrata una metodica efficace nel rilevare la penetrazione capsulare e l'invasione delle vescichette seminali nel carcinoma prostatico clinicamente localizzato. Questa metodica può essere efficace nella stadiazione dei pazienti con carcinoma prostatico clinicamente localizzato a rischio medio-elevato.

Abstract n. 29 Poster

RADIOTERAPIA 3-DIMENSIONALE CONFORMAZIONALE (3D-CRT) IPOFRAZIONATA NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA ALLO STADIO INIZIALE CON L'AUSILIO DELLA LOCALIZZAZIONE ECOGRAFICA QUOTIDIANA: DATI PRELIMINARI

Zerini D.[1,5], Jereczek-Fossa B.A.[1,2], Trovò M.[1], Vavassori A.[1], Cattani F.[3], Garibaldi C.[3], Cambria R.[3], Ivaldi G.[1], Valenti M.[3], Serafini F.[1], Franchi B.[1], Avuzzi B.[1], Fiore M.R.[1], Boboc G.[1], Fossati P.[1], Musi G.[4], Rocco B.[4], de Cobelli O.[4], Orecchia R.[1,2]
[1]Div. di Radioterapia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [2]Università degli Studi di Milano; [3]Div. di Fisica Sanitaria, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [4]Div. di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [5]Borsa di Studio AICF

Scopo: valutare fattibilità e tossicità di un trattamento radioterapico ipofrazionato per il carcinoma prostatico con l'utilizzo della localizzazione prostatica quotidiana mediante ecografia sovrapubica (BATTM – NOMOS, B-mode acquisition and targeting), confrontando inoltre l'errore geometrico ottenuto con quello di una serie di tomografia computerizzata (TC) e di immagini portali (EPID).
Materiali e Metodi: nel periodo Maggio 2005 – Giugno 2006, 20 pazienti (pz.), con età mediana 60.5 anni, affetti da cancro prostatico organoconfinato a basso rischio (T1-2 cN0 cM0, Gleason ≤ 6, PSA < 10 ng/ml), sono stati trattati con 3D-CRT ipofrazionata, utilizzando 2 archi dinamici, 2.4 Gy/frazione sino a 72 Gy in 30 frazioni. Il target corrispondeva alla sola prostata, ed i margini di sicurezza sono stati di 7 mm (3 mm posteriormente). Tutti i pz., dopo una valutazione ecografica iniziale e simulazione TC, sono stati trattati supini, con un sistema di immobilizzazione e la vescica piena. Prima di ogni seduta di radioterapia un medico radioterapista ha eseguito una ecografia sovrapubica; il sistema poi proiettava sulla scansione ecografica i contorni di riferimento della TC di simulazione. In seguito sono stati registrati ed eseguiti gli spostamenti del lettino indicati, per ottenere il corretto allineamento, ed infine eseguito il trattamento. Inoltre per le prime cinque frazioni, sono state eseguite una scansione TC e la rilevazione di immagini portali a 0 e 270 con EPID, allo scopo di comparare la misurazione del movimento d'organo (TC) e dell'errore di set-up (EPID).
Risultati: La procedura ecografica di localizzazione BAT sembra una metodica fattibile e semplice con una curva di apprendimento breve (circa 10-20 procedure per un operatore non esperto).
L'acquisizione ecografica generalmente non dura più di 3-4 minuti, con una buona compliance da parte del pz. La procedura è influenzata dall'anatomia del pz. e dalla posizione e dimensione della prostata (si sono registrate difficoltà con i pz. obesi o con prostata piccola alloggiata dietro l'arco pubico). La tossicità acuta (i criteri RTOG) è risultata: tossicità urinaria: G0 -

6 pz, G1 - 7 pz, G2 - 6 pz, G3 - 1 pz; tossicità rettale: G0 - 11 pz, G1 - 5 pz, G2 - 4 pz. La tossicità tardiva (la scala SOMA-LENT) è stata valutata in 8 pz.: tossicità urinaria G0 e G1 - in 5 e 3 pz., rispettivamente; tossicità rettale G0 e G1 in 6 e 2 pz., rispettivamente).
Dopo un follow-up mediano di 5.2 mesi non sono state registrate recidive cliniche e biochimiche. In relazione all'errore geometrico sono stati valutati 300 allineamenti con BAT, 50 scansioni TC e 50 immagini portali. L'errore geometrico medio rilevato con il BAT in direzione latero-laterale (LL), antero-posteriore (AP) e cranio-caudale (CC) è stato di "0.9 mm + 3.3 mm, 1.0 mm + 4.0 mm and "0.9 mm + 3.9 mm, rispettivamente. E' stata rilevata una correlazione nel determinare l'errore geometrico tra BAT e TC nella direzione AP (R= 0.29, p=0.04), mentre non si è osservata nessuna correlazione nelle direzioni LL, CC.
Conclusioni: la localizzazione della prostata mediante ecografia è risultata una metodica di facile applicazione, ben tollerata e veloce. L'accuratezza della procedura è operatore-dipendente ma anche "paziente dipendente", in relazione all'anatomia del paziente. Il confronto nella rilevazione dell'errore geometrico tra BAT e TC ha mostrato solo una lieve correlazione. Il profilo di tossicità acuta è stato eccellente ma un più lungo follow-up è necessario per verificare la tossicità tardiva ed appurare il controllo biochimico e clinico dello schema di radioterapia ipofrazionata guidata dalle immagini ecografiche.

Abstract n. 30 Comunicazione

RADIOTERAPIA "DOSE ESCALATION" PER CARCINOMA PROSTATICO CON TECNICA 3-DIMENSIONALE CONFORMAZIONALE AD ARCHI DINAMICI: RISULTATI NEI 466 PAZIENTI CONSECUTIVI

Jereczek-Fossa B.A.[1,2]; Vavassori A.[1]; Zerini D.[1,6]; Ivaldi G.[1]; Fodor C.[1]; Santoro S.[5]; Avuzzi B.[1]; Boboc G.[1]; Trovò M.[1]; Franchi B.[1]; Serafini F.[1]; Catalano G.[1]; Alterio D.[1]; Lazzari L.[1]; Leonardi M.C.[1]; Piperno G.[1]; Fodor A.[1]; Cambria R.[3]; Cattani F.[3]; Garibaldi C.[3]; Greco C.[1]; Castiglioni S.[1]; Follini M.[4]; Pimentel M.[4]; De Cobelli O.[4]; Orecchia R.[1,2]
[1]Div. di Radioterapia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [2]Università degli Studi di Milano; [3]Div. di Fisica Sanitaria, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [4]Div. di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [5]Div. di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [6]Borsa di Studio AICF

Introduzione e Obiettivi: La radioterapia è un trattamento efficace per il tumore della prostata non metastatico. Il controllo del tumore aumenta all'aumentare della dose somministrata; per altro, aumenta anche il rischio di complicanze a carico dei tessuti sani coinvolti nell'irradiazione. Dal 2002 abbiamo introdotto la tecnica 3D conformazionale ad archi dinamici (ART) a scopo di aumentare la dose con riduzione della dose a livello degli organi critici. L'obiettivo dello studio è analizzare i risultati clinici con tale tecnica in termini della tossicità acuta, cronica e controllo biochimico e clinico.
Metodi: E' stata utilizzata la tecnica 3D conformazionale ad archi dinamici di 90 -100 (40 -140 e 220 -320). Il piano di cura è stato elaborato utilizzando il sistema ERGO 3D-line treatment planning per i fasci di fotoni 15 MV e collimatore microlamellare (lamelle di 0,5 cm). Il bersaglio (Clinical Target Volume, CTV) includeva prostata (102 pz) e prostata e vescicole seminali (364 pz) con margine di 10 mm (5 mm posteriormente). Sono stati elaborati e tenuti nei range accettati gli istogrammi del CTV e degli organi critici (retto, vescica urinaria, teste femorali). I pz sono stati sottoposti alle visite ogni 2 settimane e ogni 6 mesi durante e dopo ART, rispettivamente. Sono stati utilizzati i criteri RTOG (Radiation Therapy Oncology Group) per valutare la tossicità della ART.
Risultati: Fra 5/2002 e 1/2006 sono statti trattati 466 pazienti affetti da carcinoma prostatico non metastatico cN0 cM0 (stadio T1 - 156 pz, T2 - 186 pz, T3 - 65 pz; T4 –1 pz), GS medio 6,3 (range 2-10), PSA iniziale medio 13,8 ng/ml (range 0,16-118), l'età media 71,8 anni (range 47-86). Nei 313 pz ART è stata associata alla terapia endocrina (71 pz < 6 mesi; 234 > 6 mesi, 8 pz manca dato). La dose media era 76,7 Gy (range 44-82), durata media 59 giorni (range 35-120). La tossicità acuta includeva disturbi intestinali (G1-2 131 pz, 28%; G3 3 pz, 0,6%), urinari (G1-2 268 pz 57%, G3-4 7 pz 2%), 3 pz hanno interrotto ART per breve tempo a causa della tossicità acuta. Follow-up medio è di 17 mesi (range 0,9-48). La tossicità cronica valutata in 315 pz con follow-up > 6 mesi, includeva disturbi intestinali (G1-2 45 pz 14%, G3-4 4 pz 1%), urinari (G1-2 61 pz 19%, G3-4 2 pz 0,5%). Il controllo biochimico è stato osservato in 298 pz (valutato per 313 pz con follow-up > 6 mesi e almeno 2 valori PSA post-ART disponibili). Progressione biochimica (criteri Phoenix: nadir + 2) è stata osservata in 15 pz (5%) a distanza di 5-25 mesi (media 13 mesi). Progressione clinica è stata osservata in 4 pz (locale 1 pz, a distanza 3 pz). Nessun pz è morto per carcinoma prostatico, 17 pz sono vivi con malattia, 296 sono vivi senza segni biochimici/clinici di malattia.
Conclusioni: ART rappresenta una modalità di trattamento curativa per il carcinoma prostatico non metastatico e permette di somministrare le dosi elevate (intorno a 80 Gy) con buon profilo della tossicità acuta e cronica. E' necessario il follow-up più lungo per valutare i risultati del trattamento a lungo tempo.

Abstract n. 31 Poster

EFFETTO DELLA SOSPENSIONE/SOSTITUZIONE (SSA) DELL'ANTIANDROGENO IN PAZIENTI CON CANCRO PROSTATICO ORMONO-REFRATTARIO

Rocco B., Pimentel M., Pedroso E., Detti S., Matei D. V., Scardino E., Verweij F., Follini M., Musi G., de Cobelli O.
Istituto Europeo di Oncologia - Milano

Introduzione e Obiettivi: La deprivazione ormonale è il trattamento di scelta nel cancro prostatico avanzato. Il blocco androgenico totale (BAT) viene impiegato in particolare nei casi di malattia con plurimi siti metastatici. Tuttavia, a fronte di più del 80% di risposte obiettive iniziali1, l'evoluzione più frequente è la progressione biochimica e clinica dovuta alla perdità di responsività alla deprivazione ormonale. Studi recenti suggeriscono che una perdita della risposta agli antiandrogeni sia dovuta ad alterazioni a livello dei siti recettoriali e che la sostituzione dell'antiandrogeno o la sua rimozione possa prolungare la risposta alla deprivazione ormonale.2
Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare la risposta biochimica nei pazienti in BAT con risalita di PSA sottoposti prima a sostituzione (shift) e poi a deprivazione (withdrawal) dell'antiandrogeno.
Metodi: Abbiamo analizzato retrospettivamente gli ultimi 120 pazienti sottoposti a BAT con rialzo di PSA seguiti presso la nostra divisione. 35 di questi erano stati sottoposti a BAT con gn-rh analogo + bicalutamide per una media di 15,6 mesi. Dopo 3 rialzi consecutivi di PSA con testosterone < 50 ng/ml, la bicalutamide era stata sostituita con flutamide 750 mg/die (shift) e, se in assenza di riduzione di PSA a 4 settimane,la flutamide era stata sospesa (withdrawal). A 4 settimane il PSA veniva ridosato per valutare l'effetto della sospensione dell'antiandrogeno.
Abbiamo valutato la risposta al trattamento in termini di diminuzione di PSA e abbiamo verificato la durata della stessa. L'abbiamo poi correlata con Età, PSA iniziale, Gleason score e nadir di PSA in BAT.
Risultati: Dei 35 pazienti studiati, 18 avevano assunto BAT dall'esordio perché affetti da cancro prostatico metastatico o localmente avanzato e 17 avevano assunto BAT per fallimento del tratta-

mento primario (In 11 casi chirurgia in 6 radioterapia esterna) il 22% dei pazienti aveva risposto allo Shift(Spz), il 16% allo withdrawal(Wpz), il 5% ad entrambi.(SWpz). Nel complesso il 34,2% aveva risposto favorevolmente alla SSA. La durata media di risposta allo shift è stata 7,5 mesi (2-26); la durata media di risposta al withdrawal è stata 3,2 mesi (1-9). L'età mediana, 69 anni, era uguale per i pazienti non-responders(NRp),e per i Spz e i Wpz, così come il PSA mediano alla diagnosi e il PSA nadir dopo BAT. Collateralmente, il 34% dei pazienti responders aveva metastasi ossee all'esordio, contro il 73,9% dei NRp.

Discussione e Conclusioni: La SSA nei pazienti in BAT con rialzo del PSA sembra in grado di ritardare la comparsa dello stadio ormonorefrattario in circa 1/3 dei pazienti.

In media i pazienti responders hanno ritardato di 5 mesi la comparsa dello stadio ormonorefrattario. I pazienti responders non sembrano differire significativamente dai Nrp per quanto riguarda età, PSA all'esordio e PSA nadir dopo BAT.

La presenza di metastasi ossee all'esordio sembra essere sfavorevolmente associata alla possibilità di rispondere alla SSA, come già noto dalla letteratura.3 Secondo la nostra esperienza, la SSA sembra essere utile a ritardare la progressione i stadio ormonorefrattario soprattutto nei pazienti M0 all'esordio. Dai nostri dati, tuttavia, non è possibile al momento valutare se questo si traduca in un aumento della sopravvivenza.

Bibliografia essenziale

1. *Rosenberg J, Small EJ. Curr Opin Oncol 2003; 15:217-21*
2. *Palmberg C et al. J urol 164: 1992-5 2000*
3. *Miyake H et al. BJUI 96, 791-795 2005*

Abstract n. 32 Poster

USO DEL GEL AD ALTA VISCOSITÀ PER L'EMOSTASI FLOSEAL NELLA CHIRURGIA APERTA CONSERVATIVA DEI TUMORI RENALI (ESPERIENZA PRELIMINARE).

Scardino E., Rocco B., Matei D. V., Verweij F., Follini M. L., Musi G., Pedroso E., Pimentel M., Detti S., De Cobelli O

Divisione di Urologia, Istituto Euopreo di Oncologia

Introduzione: Fino a pochi anni fa la nefrectomia radicale era la procedura di scelta per tumori renali anche piccoli,ed il trattamento conservativo era di sola necessità, mentre oggi la nefrectomia parziale è diventata lo standard di cura delle neoformazioni di diametro inferiore ai 4 cm in sede favorevole. 1

Questo trattamento, pur offrendo significativi vantaggi per il paziente, è tecnicamente più complesso rispetto alla nefrectomia radicale e può essere gravato da complicanze quali l'emorragia intra e post-operatoria (0 - 5%) e, meno frequentemente, la formazione di una fistola urinosa 2.

L'emostasi del parenchima renale cruentato è una procedura delicata, data la fragilità del tessuto; per questo, oltre alla tradizionale apposizione di punti di sutura sono state sviluppate diverse opzioni chirurgiche, tra cui l'utilizzo di biomateriali. Presso la nostra divisione, è entrato in uso dal mese di maggio 2005 il gel emostatico FloSeal (FS) come mezzo per il controllo dell'emorragia nella chirurgia conservativa aperta dei tumori renali.

Metodi: Dal Maggio 2005 al Maggio 2006 18 pazienti affetti da neoformazione renale sono stati sottoposti a chirurgia renale conservativa.

In tutti i pazienti, è stata effettuata emostasi con ausilio di FS.

Il gel ad alta viscosità per l'emostasi FS è una miscela di microgranuli di gelatina di collagene cross-linkato e trombina. Le due componenti vengono miscelate subito prima dell'utilizzo. I granuli di gelatina vengono applicati sul tessuto lesionato conformandosi ad esso grazie ad una leggera pressione da applicare per 2 min con una garza. Quando entrano a contatto con il sangue i granuli si gonfiano di circa il 20% e vengono stabilizzati ed ancorati al tessuto dalla reazione della trombina con il fibrinogeno.

Risultati: Nella Tabella 1 sono riportate oltre alle caratteristiche tumorali, anche i dati inerenti le perdite ematiche, il clampaggio del peduncolo e le complicanze.

Conclusioni: Nella nostra esperienza preliminare l'uso del FloSeal sembra agevolare le procedure emostatiche intra-operatorie, con possibile vantaggio sui tempi di lavoro in ischemia. Tuttavia, la nostra esperienza preliminare è caratterizzata da una dimensione campionaria troppo esigua per trarre conclusioni significative sui risultati.

Bibliografia

1. *Steven Joniau et al. (2006) The indication for Partial Nephrectomy in the Treatment of Renal Carcinoma. Nat Clin Pract Urol. 3(4):198-205*
2. *Van Poppel H et al. (1998) Partial nephrectomy for renal cell carcinoma can achieve long-term tumor control. Urol 160 : 674-678*

Tabella 1.

Dim.les	Istol.	Tempo op.	Clamp	Perdite	Complicanze
12 mm	RCC	150 min	No	200 cc	-
30 mm	RCC	150 min	Sì	100 cc	-
20 mm	RCC	120 min	No	150 cc	Emorragia post
30 mm	RCC	210 min	Sì	250 cc	-
40 mm	RCC	120 min	Sì	200 cc	-
10 mm	RCC	350 min	No	500 cc	-
20 mm	RCC	210 min	No	500 cc	-
30 mm	AngMiolip	165 min	No	200 cc	-
25 mm	RCC	320 min	No	3000 cc	Fistola
30 mm	RCC	210 min	No	100 cc	Fistola
30 mm	RCC	320 min	Sì	1100 cc	-
30 mm	RCC	150 min	Sì	200 cc	-
20 mm	RCC	150 min	No	300 cc	-
20 mm	RCC	180 min	No	100 cc	-
20 mm	RCC	150 min	No	100 cc	-
20 mm	Oncocit + RCC	210 min	No	2000 cc	Emorragia
10 mm	RCC	350 min	No	500 cc	-
30 mm	RCC	160 min	No	800 cc	

Abstract n. 33 Comunicazione

VALUTAZIONE DELLA TOSSICITA' ACUTA E TARDIVA DELLA RADIOTERAPIA AD INTENSITA' MODULATA (IMRT) SU PROSTATA E STAZIONI LINFONODALI PELVICHE NEL CARCINOMA PROSTATICO

Saracino B.[1], Arcangeli S.[1], Petrongari M.G.[1], Gomellini S.[1], Landoni V.[2], Marzi S.[2], Arcangeli G.[1]
[1]S.C. di Radioterapia Oncologica, [2]Servizio di Fisica Sanitaria, Istituto Regina Elena, Roma, Italia

Introduzione e Obiettivi: Nei tumori prostatici localmente avanzati, l'interessamento subclinico dei linfonodi pelvici, presente nel 40-50% dei casi, è correlato al PSA ed al Gleason Score (come espresso dal diagramma di Roach [1]) ed è un fattore prognosticamente sfavorevole, per l'elevato rischio di metastasi a distanza. Il reale ruolo della radioterapia (RT) pelvica è tuttora controverso. Studi retrospettivi mostrano risultati discordanti, per la concomitante ormonoterapia e la scarsa omogeneità dei dati relativi alla RT dovuta alle differenze di tecniche e dosi utilizzate. L'utilità del trattamento pelvico potrebbe essere stata mascherata dalla difficoltà di ottenere un'adeguata copertura del bersaglio con tecniche convenzionali, pena il superamento delle dosi di tolleranza dei tessuti sani [2]. E' quindi utile confrontare le tecniche convenzionali con la IMRT, per stabilire l'impatto di tale metodica sulla maggior copertura del target e sul decremento della tossicità.
Metodi: Abbiamo sottoposto a IMRT su pelvi e prostata o loggia prostatica 52 pazienti ad alto rischio linfonodale (Roach ? 15%) o con metastasi linfonodali pelviche istologicamente o radiologicamente accertate, utilizzando la tecnica del "simultaneous boost". La dose media nei pazienti trattati con RT esclusiva è stata di 74.5 Gy (range 74-80) e di 67.8 (range 66-74) nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale con indicazione alla RT adiuvante (margini positivi, pT ?3a, pGS ? 7) o di salvataggio (per recidiva biochimica o macroscopica). La dose media ai linfonodi è stata di 53.9 Gy. Sulle recidive macroscopiche della loggia è stato effettuato un boost fino a 78-80 Gy e fino a 61-64 Gy sulle adenopatie metastatiche.
Risultati: In tutti i casi si è ottenuta la copertura dell'intero target con l'isodose del 90-95%, nel pieno rispetto dei limiti di dose agli organi a rischio. Ad un follow-up mediano di 14 mesi (range 3-33), la valutazione della tossicità acuta ha evidenziato G2 rettale in 14 pazienti (27%) e G2 vescicale in 20 (38%). Non si è riscontrata tossicità enterica acuta G2. La valutazione della tossicità tardiva (15 pazienti con follow-up ? 1 anno) ha mostrato G2 vescicale in 1 caso, G2 rettale in 3 pazienti e assenza di tossicità enterica.
Conclusioni: Lo studio ha dimostrato l'eccellente tollerabilità dell'irradiazione della prostata o della loggia prostatica e della pelvi impiegando la IMRT, con ottimale copertura del target. Stiamo pertanto per intraprendere uno studio randomizzato (RT conformazionale convenzionale vs IMRT), al fine di verificare la tolleranza ed il reale impatto terapeutico della RT pelvica in questo sottogruppo di pazienti.

Bibliografia

1. Roach M., Marquez C., You H et al.: Predicting the risk of lymph node involvement using the pre-treatment prostate specific antigen and Gleason score in men with clinically localized prostate cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 28:33, 1993

2. Sanguineti G., Cavey M.L., Endres E.J. et al: Is IMRT needed to spare the rectum when pelvic lymph nodes are part of the initial treatment volume for prostate cancer? Int J Radiat Oncol Biol Phys 64(1):151, 2006

Abstract n. 34 Poster

LA NEOVESCICAORTOTOPICA NELLA DONNA: LA NOSTRA ESPERIENZA

Dall'Oglio B., Parma P., Luciano M ., Bondavalli C.
Azienda Ospedaliera Ospedale C.Poma

Introduzione: La neoplasia vescicale infiltrante e le forme ad alto grado plurirecidive richiedono l'asportazione della vescica e, fino a qualche anno fa, anche di utero annessi e parte della vagina. Se da un lato il momento chirurgico ablativo rappresenta il cardine della terapia oncologica per quanto riguarda la sopravvivenza alla neoplasia vescicale, dall'altro le possibilità ricostruttive sono volte alla valorizzazione della qualità della vita delle pazienti sottoposte a cistectomia.
Materiali e Metodi: Dal 1988 a tuto il 2005 le donne sottoposte a ricostruzione ortotopica dopo cistectomia sono state 15. Attualmente 10 pazienti sono sopravvissute e libere da malattia, ma solo 3 a più di 5 anni dall'intervento. Nella 10 pazienti viventi, abbiamo sempre utilizzato il tenue nella ricostruzione: 5 con tecnica sec.Hautmann e 5 con V.I.P.
Risultati: Tutte la pazienti presentano incontinenza notturna, due attuano l'autocateterismo per ritenzione cronica, le rimanenti 8 sono continenti di giorno con uno svuotamento neocistografico quasi sempre completo a bassa pressione. In due sole pazienti si registra una modesta dilatazione dell'alto apparato a sinistra.
Discussione: Alla revisione della nostra casistica nessuna delle pazienti sottoposta a cistectomia, isteroannessiectomia e resezione della cupola e parte della parete vaginale anteriore presentavano infiltrazione della neoplasia in questa struttura. Sulla spinta di alcune pazienti particolarmente giovani e motivate, nell'ultimo anno abbiamo preservato totalmente vagina, utero e ovaie in 4 casi laddove non c'era alcune evidenza di infiltrazione extravescicale con esame al criostato. Questa variazione di tecnica ci sembra rispondere alle esigenze di una qualità di vita il più possibile simile a quelle preintervento, fermo restando la radicalità oncologica. Tutte 4 le pazienti riferiscono infatti una vita sessuale soddisfacente.

Abstract n. 35 Poster

METASTASI TESTICOLARE DI RCC: CASE REPORT

Fiori C., Destefanis P., Bisconti A., Rosso R., De Maria C., Vigna D., Fontana D.
Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale S.Giovanni Battista, Molinette

Introduzione e Obiettivi: La localizzazione testicolare di una metastasi da carcinoma renale a cellule chiare (RCC) è una evenienza rara; descriviamo il caso in un paziente giunto alla nostra osservazione per metastasi metacrona testicolare da RCC
Case report: Si tratta di un paziente maschio, di 70 anni, sottoposto nel 1999 a nefrectomia radicale destra per ca cellule chiare pT3a G2. Agli esami di stadiazione riscontro di lesione secondaria a livello della diafisi omerale sinistra per cui veniva sottoposto a ciclo di radioterapia di consolidamento. Dal punto di vista chemio/immunoterapico veniva proposto ciclo di IL2 per via sottocutanea, concluso nel 2000. Da allora pieno benessere con esami di follow up stabili fino al 2004 quando venivano evidenziate ad un esame TC lesione di 2 cm a livello del tessuto adiposo perirenale sinistro e lesione di 2.5 cm a carico delle stazioni linfonodali in sede lateroaortica. Si procedeva pertanto a linfoadenectomia pre-latero-retro-aortica e interaortocavale, asportazione della capsula renale sinistra, surrenectomia subtotale sinistra. L'esame istologico sui tessuti asportati rivelava la presenza di metastasi da RCC ed i successivi controlli di routine risultavano regolari. Nel marzo 2006, durante una visita di controllo, riscontro di tumefazione di consistenza duro-elastica delle dimensioni di due cm circa a carico del testicolo di destra. L'ETG confermava la presenza di lsione ipoecogena solida di circa due cm. Il paziente veniva pertanto sosttoposto a esplorativa scrotale e successiva orchifunicolectomia. L'esame istologico testimoniava la presenza di metastasi da RCC. Agli esami di ristadiazione, dopo tre mesi dall'orchifunicolectomia, non evidenza di altre localizzazioni secondarie.

Conclusioni: Seppur rara, la presenza di una secondarietà testicolare da RCC dovrebbe essere considerata nella diagnosi differenziale delle tumefazioni scrotali nei pazienti con anamnesi di neoplasia renale. Il caso presentato testimonia inoltre il "potenziale metastatico" dell'RCC.

Abstract n. 36 Poster

DESCRIZIONE DI UN RARO CASO DI METASTASI VAGINALE METACRONA DA CARCINOMA RENALE DEI DOTTI COLLETTORI INIZIALMENTE INQUADRATO COME CARCINOMA VULVARE PRIMITIVO

Spina B.[1], Truini M.[1], Tomassello L.[2], Gatteschi B.[1], Introini C.[3], Naselli A.[3], Puppo P.[3]
[1]S.C. Anatomia Patologica, IST, Genova; [2]S.C. Oncologia Medica B, IST, Genova; [3]S.C. Oncologia Chirurgica D (Urologica), IST, Genova

Introduzione: Descrizione di un raro caso di metastasi vaginale metacrona da carcinoma renale dei dotti collettori inizialmente inquadrato come carcinoma vulvare primitivo.
Materiali e Metodi: Paziente di sesso femminile, 56 anni, con anamnesi positiva per dolore in regione lombare destra, singolo episodio di ematuria e febbricola. Esame obiettivo generale e urologico negativo. Esegue quindi TAC addominopelvica con MdC e diagnosi di neoformazione renale destra con C.E. di 6 cm. L'Rx torace è normale. A dicembre 2005, intervento di nefrectomia radicale destra e linfadenectomia paracavale e interaortocavale. L'esito istologico definitivo è risultato carcinoma renale del tipo dei dotti collettori, di alto grado, senza metastasi nei linfonodi esaminati, infiltrante il tessuto adiposo perirenale (pT3a/pN0). La paziente si presenta a 1 mese di distanza dall'intervento per l'insorgenza di sanguinamento vulvare. L'obiettività locale dimostra una lesione compatibile con un carcinoma primitivo della vulva con interessamente della parete vaginale anteriore e laterale destra. Si esegue una biopsia incisionale multipla e la prima diagnosi istologica conferma il sospetto clinico. La paziente è nuovamente ristadiata è si individuano metastasi polmonari, nodali lomboaortiche ed osse multiple. Viene quindi messa un dubbio la primitività della lesione vulvare.
Risultati: Il profilo immunoistochimico ha dimostrato una positività per la vimentina e per le citocheratine 7, 8, 19 e 34betaE12 e l'assenza di espressione per le citocheratine 5, 6 e 20 sia della neoplasia renale sia della lesione vaginale che quindi è una metastasi della neoplasia primitiva.
La paziente inizia una chemioterapia con schema GC. Dopo 3 cicli, a giugno 2005, la malattia è ulteriormente progredita ed è attualmente in programma un ciclo di taxotere e di radioterapia palliativa su una ripetizione ossea in L3.
Conclusioni: L'esatta conclusione diagnostica del caso ha evitato un trattamento inutile alla paziente per il supposto carcinoma vulvare.

Abstract n. 37 Poster

LA TERAPIA ORMONALE INTERMITTENTE NEL CANCRO DELLA PROSTATA: DATI PRELIMINARI

Michetti P.M., Iori F., De Mayo E.E., Zampelli A., Zaccagnini M., De Dominicis C.
Dip.to di Urologia "U.Bracci" Policlinico Umberto I, Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione e Obiettivi: Scopo dello studio è stato quello di valutare retrospettivamente il tempo di progressione clinica/biochimica della neoplasia prostatica in un gruppo di pazienti trattati con deprivazione androgenica completa intermittente (IAD) successivamente ad un periodo di soppressione continua (CAD).
Metodi: Dal 1996 al 2006 sono stati inseriti nello studio 45 pazienti non sottoposti a terapia chirurgica per età > 70, Gleason > 8, PSA > 20 o patologie controindicanti. I pazienti sono stati monitorati con dosaggio del PSA ogni 3 mesi. Dopo CAD, la IAD prevedeva una fase "off", di sospensione, alternata con una fase "on" di trattamento; il cut-off per la sospensione era PSA < 1.0 ng/ml, quello per la ripresa della terapia era PSA > 3 ng/ml,.
Risultati: La CAD aveva una durata media di 21.7 mesi (mediana 12). Dopo follow-up medio di 65,8 mesi (mediana 62) dall'inizio della CAD e di 43,2 mesi (mediana 40) dall'inizio della IAD, la progression-free survival è stata del 94 %; il tempo medio delle fasi "off" della IAD ha mostrato un lieve decremento passando dal primo ciclo (50,1% della durata del ciclo on/off) al secondo (48,5%) e al terzo (44,7%).
Conclusioni: Lo studio ha evidenziato che il tempo effettivo medio di sommini-strazione dei farmaci è stato del 47% per il periodo CAD+IAD. Il PSA si è mantenuto sempre vicino al nadir nelle fasi "on", tranne 3 pazienti che sono andati incontro a progressione biochimica, uno dei quali è deceduto per causa non inerente la malattia prostatica. Oltre ad un tasso di progressione basso, simile a quello riportato per la CAD tradizionale, si è ottenuto un risparmio significativo sui costi farmacologici e un miglioramento oggettivo della qualità di vita dei pazienti. Tuttavia il limitato numero di pazienti e di follow-up rende tali dati ancora non statisticamente significativi, mentre c'è ancora controversia in letteratura sul protocollo farmacologico da adottare, sul valore più idoneo di cut-off del PSA e sul timing del monitoraggio del paziente.

Abstract n. 38 Poster

RARO CASO DI CISTOADENOCARCINOMA SIEROSO PAPILLARE DEL TESTICOLO

Zampelli A., Iori F., Michetti P.M., De Mayo E.E., Orsolini G., De Dominicis C.
Dip.to di Urologia "U.Bracci" Policlinico Umberto I, Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione: Il cistoadenocarcinoma sieroso papillare del testicolo è una neoplasia rara del testicolo, indistinguibile dal punto di vista istologico dalla sua controparte nell'ovaio, che può inoltre mimare il mesotelioma della tunica vaginale del testicolo, un tumore con un comportamento più aggressivo. In letteratura sono riportati più di 40 casi con una prognosi che varia a seconda del grado di differenziazione istologica.
Materiali e Metodi: Riportiamo un caso di neoformazione del testicolo sinistro in un uomo di 47 anni, diagnosticato in seguito ad indagini eseguite dopo la comparsa di idrocele sinistro, manifestatosi un anno prima. Il paziente non aveva storia di infezioni, traumi o dolori. L'ecografia mostrava la presenza, in associazione ad un voluminoso idrocele, di una formazione tenuemente ipoecogena del didimo sinistro di circa 9 mm. Il dosaggio ematochimico dei marcatori tumorali (beta-HCG e alfa-fetoproteina) risultava nella norma. Il paziente è stato sottoposto ad esplorativa per via inguinale del testicolo sinistro e si è proceduto all'esame istologico estemporaneo intraoperatorio che deponeva per un quadro compatibile con mesotelioma papillare, ponendo pertanto indicazione all'esecuzione di orchifunicolectomia sinistra.
Risultati: L'esame istologico definitivo sul pezzo operatorio mostrava invece una neoplasia a struttura cisto-papillifera, le cui papille erano rivestite da uno o più strati di cellule cubiche o cilindriche, con la presenza di calcificazioni e "corpi psammomatosi".Le reazioni immunoistochimiche (CK7, BEREP4, EMA positivi, calretinina, CK-20 negativi) hanno confermato la diagnosi istologica. La TC total-body, eseguita 2 settimane dopo l'intervento, segnalava la presenza di linfoadenopatie, compre-

se tra 5 e 13 mm, in sede interaortocavale e lomboaortica sinistra, ma non evidenziava metastasi viscerali. Il paziente è stato quindi sottoposto a ciclo si chemioterapia adiuvante con protocollo analogo a quello del tumore ovario (Carboplatino AUC-5 e Taxolo 175 mg/m2 ogni 21 gg.). Attualmente, a 6 mesi dalla diagnosi, il paziente risulta libero da malattia.
Conclusioni: Il cistoadenocarcinoma sieroso papillare è una neoplasia rara del testicolo. L'associazione con l'idrocele, patologia estremamente comune e clinicamente poco rilevante, pone il rischio che questa neoplasia sia misconosciuta o evidenziata solo all'atto dell'eversione della tunica vaginale. Inoltre questo tumore è difficilmente differenziabile dal mesotelioma papillare della tunica vaginale, e richiede pertanto uno studio istologico che comprenda specifiche ricerche di immunoistochimica.

Abstract n. 39 Poster

RADIOTERAPIA STEREOTASSICA DELL'ADENOCARCINOMA PROSTATICO: DESCRIZIONE DI DUE CASI

Deodato F.[1], Cilla S.[2], Desiderio Q.[3], Digesù C.[1], Grimaldi L.[2], Incollingo C.[4], Macchia G.[1], Mantini G.[5], Mattiucci G.C.[5], Piermattei A.[2], Valentini V.[5], Cellini N.[5], Morganti A.G.[1]
[1]UO Radioterapia, [2]UO Fisica Sanitaria, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [3]UO Urologia, Ospedale S.Timoteo di Termoli; [4]UO Chirurgia Ospedale F. Veneziale, Isernia; [5]Cattedra di Radioterapia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduzione e Obiettivi: La radioterapia stereotassica (RS) è una modalità avanzata di trattamento radioterapico che consente, attraverso l'uso di sofisticati sistemi di immobilizzazione e localizzazione del target, la somministrazione di elevate dosi di radiazioni, in un numero limitato di sedute, con elevatissima precisione. Scopo di questa presentazione è quello di descrivere due casi di trattamento basato su questa tecnica in pazienti affetti da adenocarcinoma prostatico.
Metodi: Il primo paziente (69 anni) è giunto alla nostra osservazione con recidiva linfonodale in sede iliaca destra (diametro massimo: 25 mm) dopo 12 mesi da intervento di prostatectomia radicale. Il paziente, nonostante trattamento ormonale con BAT, presentava progressiva elevazione del PSA. Per le dimensioni della linfoadenopatia e per le condizioni del paziente è stato escluso un intervento chirurgico. E' stato eseguito un trattamento con radioterapia conformazionale 3D della pelvi (45 Gy, 1.8 Gy/frazione) seguito da RS (25 Gy, 5 Gy/frazione, in 5 sedute successive, su un target definito come la linfoadenopatia + 10 mm). Il secondo paziente (82 anni) presentava progressione biochimica in corso di trattamento ormonoterapico con BAT. Uno staging completo ha escluso la presenza di malattia extraprostatica. Il paziente, che per le sue condizioni generali aveva rifiutato un trattamento radioterapico standard, è stato sottoposto a RS (30 Gy, 6/Gy per frazione, in 5 frazioni successive, su un target definito come prostata + 3 mm). La RS, in entrambi i pazienti, è stata eseguita con tecnica a campi fissi (4 campi non-complanari equispaziati), con riferimento della dose secondo ICRU Report 62.
Risultati: Nel primo paziente è stata registrata tossicità gastrointestinale (diarrea) di grado 1 e genito-urinaria (nicturia) di grado 1 (RTOG score) durante l'irradiazione pelvica. Durante e nel mese successivo alla RS non sono stati documentati effetti collaterali radioindotti. Una TC con m.d.c eseguita 3 mesi dopo la RS ha documentato una Risposta Completa della linfoadenopatia. Il valore di PSA è passato da 8,2 ng/dl prima della radioterapia a 0,3 ng/dl dopo la radioterapia. A 8 mesi dal trattamento non sono state documentate ulteriori riprese di malattia. Nel secondo paziente non è stato registrato alcun tipo di tossicità radioindotta durante e nei mesi successivi al trattamento. Il PSA è passato da 27,4 ng/dl a 3,7 ng/dl 3 mesi dopo il trattamento. A 6 mesi dalla RS non sono state documentate ulteriori riprese/progressioni di malattia.
Conclusioni: Studi radiobiologici indicano in regimi radioterapici basati sull'impiego di elevate dosi per frazione (ipofrazionamento) un potenziale vantaggio nel trattamento del carcinoma prostatico, in considerazione di un basso rapporto alfa/beta.
La radioterapia stereotassica permette questo tipo di irradiazione del target, e merita quindi di essere testata in questa neoplasia, specie in pazienti per i quali sia difficoltoso sottoporsi ad un trattamento prolungato.

Abstract n. 40 Poster

MONITORAGGIO MEDIANTE RETTOSCOPIA DOPO RADIOTERAPIA PER CARCINOMA PROSTATICO: VALUTAZIONE DELLA TOSSICITÀ RETTALE TARDIVA

Deodato F.[1], Morganti A.G.[1], Digesù C.[1], Marangi S.[1], Pirozzi G.A.[1], Spera G.L.[1], Macchia G.[1], Di Rito S.[1], Mastrogiorgio G.[1], Mattiucci G.C.[2], Mantini G.[2], Cellini N.[2], Scambia G.[1], Ingrosso M.[1]
[1]Dipartimento di Oncologia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [2]Cattedra di Radioterapia, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Introduzione e Obiettivi: La tossicità rettale tardiva (TRT) rappresenta il principale effetto collaterale dopo trattamento radioterapico curativo del carcinoma prostatico. La valutazione dell'incidenza e della gravità di questo effetto si basa in genere sulla sintomatologia clinica. Scopo di questa analisi è quello di valutare il ruolo della rettoscopia, eseguita sistematicamente durante il follow-up di questi pazienti, nella rilevazione della TRT.
Metodi: In un gruppo di pazienti consecutivamente sottoposti a radioterapia +/- terapia ormonale per carcinoma prostatico, è stata programmata una rettosigmoidoscopia a 10-12 mesi dal termine del trattamento radiante. Sono stati registrati sia la sede che la gravità delle lesioni radioindotte, utilizzando un sistema di scoring sviluppato da Wachter S e colleghi (six-scaled rectoscopy score: Radiat Oncol, 2000; 54:11). Sono stati inoltre registrati i dettagli tecnici relativi al trattamento radioterapico eseguito (dose totale, irradiazione dei linfonodi pelvici, tecnica conformazionale 3D versus IMRT [radioterapia ad intensità modulata], uso di palloncino rettale per l'immobilizzazione della prostata).
Risultati: In questa analisi sono stati inclusi 33 pazienti, sottoposti a radioterapia con dose totale di 70.2-73.8 Gy. 22 pazienti hanno ricevuto irradiazione profilattica delle stazioni linfonodali pelviche (45 Gy; 1.8 Gy/frazione). 27 pazienti sono stati sottoposti a radioterapia conformazionale e 6 a IMRT. L'esame rettoscopico ha documentato un maggior numero di lesioni nel terzo inferiore del retto (81%) e sulla parete anteriore (69.7%). In nessun paziente è stata registrata necrosi o stenosi del viscere. Nella maggior parte dei pazienti (81.8%) è stata rilevata la presenza di teleangectasie (grado 1: 2 pazienti; grado 2: 18 pazienti; grado 3: 7 pazienti). Congestione mucosa è stata osservata nel 27.3% dei pazienti (grado 1: 6 pazienti; grado 3: 3 pazienti). Ulcerazione della mucosa è stata registrata nel 15.2% dei pazienti (grado 1: 4 pazienti; grado 3: 1 paziente). Non sono state registrate correlazioni tra tecnica di trattamento radioterapico e score rettoscopico.
Conclusioni: La rettoscopia eseguita sistematicamente a circa 1 anno dalla radioterapia rappresenta un metodo sensibile per la valutazione della TRT, grazie alla possibilità di rilevare altera-

zioni tissutali asintomatiche. Questo metodo permette inoltre di sottoporre i pazienti a terapie endoscopiche (laser) prima dell'insorgenza di sintomatologia soggettiva. Per definire l'impatto di questa metodica sulla tollerabilità a lungo termine del trattamento radiante sarà necessaria l'osservazione prolungata di una popolazione più ampia di pazienti.

Abstract n. 41 Poster

RADIOTERAPIA AD INTENSITA' MODULATA (IMRT) POSTOPERATORIA NEL CARCINOMA PROSTATICO R1

Digesù C.[1], Cilla S.[2], Cuscunà A.[3], Deodato F.[1], Di Lallo A.[3], Macchia G.[1], Mantini G.[4], Mattiucci G.C.[4], Piccolotti G.[5], Piermattei A.[2], Cellini N.[4], Morganti A.G.[1]

[1]UO Radioterapia, [2]UO Fisica Sanitaria, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II"; [3]UO di Urologia, Presidio Ospedaliero A. Cardarelli, Campobasso; [4]Cattedra di Radioterapia, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; [5]UO di Urologia, ASL Lanciano-Vasto

Introduzione e Obiettivi: La radioterapia postoperatoria migliora il controllo locale dopo prostatectomia radicale, specie nei pazienti con margini di resezione positivi. Tuttavia, questi pazienti sono soggetti sia al rischio di complicanze post-chirurgiche che di effetti collaterali radioindotti. Pertanto è giustificato il ricorso a tecniche innovative di trattamento radiante allo scopo di ridurre l'incidenza e la gravità degli effetti indesiderati da radioterapia.

Metodi: 20 pazienti (età mediana: 65 anni; range: 46-76; pT2: 1; pT3: 19; pN0: 15; pN1: 5; R1: 20) con margini di resezione positivi dopo prostatectomia radicale e dissezione linfonodale sono stati sottoposti a radioterapia postoperatoria: 45 Gy (1.8 Gy/frazione) alle stazioni linfonodali pelviche seguiti da 26 Gy (2 Gy/frazione) di boost alla loggia prostatica ed alla regione delle vescichette seminali (dose totale: 71 Gy, ICRU 62). L'irradiazione pelvica è stata eseguita con tecnica conformazionale 3D.

Il boost è stato eseguito mediante tecnica IMRT (step and shoot; 5 fasci di fotoni da 6MV di energia nominale). La tossicità acuta è stata valutata con la scala RTOG. Allo scopo di analizzare il potenziale vantaggio dosimetrico derivante dall'uso della tecnica IMRT nel setting postoperatorio, in tutti i pazienti sono stati calcolati due piani di trattamento per l'irradiazione della loggia prostatica: un piano con radioterapia conformazionale 3D, ed un piano con tecnica IMRT. Per l'accettazione dei piani è stato richiesto il rispetto del constraint V95% > 95% per il PTV. I due piani (3D e IMRT) sono stati confrontati in termini di Dmean, V50%, V75%, V90% and V100% per il retto.

Risultati: Il confronto dosimetrico ha mostrato una significativa riduzione, mediante IMRT, dei seguenti parametri riferiti al retto: Dmean ($p=0.002$), V50% ($p<0.001$), V90% ($p<0.001$) and V100% ($p<0.001$.). In tutti i pazienti è stata impiegata la tecnica IMRT per il boost. Tutti i pazienti hanno completato il trattamento senza interruzioni. Nessun paziente ha presentato tossicità acuta di grado 3-4. La tossicità acuta di grado 2 è stata: rettale: 4/20, urologia: 6/20. Con un follow-up mediano di 15 mesi, nessun paziente ha presentato ripresa di malattia o tossicità tardiva di grado > 1.

Conclusioni: L'analisi dosimetrica ha mostrato una significativa riduzione del volume rettale irradiato con l'impiego della tecnica IMRT, anche nel setting postoperatorio. La tossicità acuta, in questo gruppo di pazienti sottoposti a boost con IMRT dopo irradiazione pelvica è stata di grado lieve. Per valutare il controllo locale di malattia e l'incidenza di tossicità tardiva è necessaria l'osservazione prolungata di un maggior numero di pazienti.

Abstract n. 42 Poster

RUOLO DELLA STADIAZIONE CLINICA NELLA INDIVIDUAZIONE DI COMORBIDITA' RILEVANTI AL FINE DELL'INDICAZIONE ALLA RADIOTERAPIA

Digesù C.[1], Ciuffreda M.[2], Cuscunà A.[3], Deodato F.[1], Di Lallo A.[3], Luzi S.[4], Mantini G.[4], Mattiucci G.C.[4], Macchia G.[1], Mùrino P.[1], Restaino G.[2], Sallustio G.[2], Cellini N.[4], Morganti A.G.[1]

[1]U.O. Radioterapia, [2]U.O. Radiodiagnostica, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [3]U.O. Urologia, Presidio Ospedaliero A Cardarelli, Campobasso; Cattedra di [4]Radioterapia, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Introduzione e Obiettivi: Il ruolo dello staging clinico del carcinoma prostatico è spesso discusso, in considerazione della limitata sensibilità delle tecniche generalmente disponibili, e della possibilità di stratificare prognosticamente i pazienti in base al PSA, al Gleason Score ed alla esplorazione rettale. E' stato inoltre osservato come nei pazienti che risultino a basso rischio, sulla base di questi parametri, sia la scintigrafia ossea che la TC addominopelvica risultino quasi sempre negative. Dal 2002 al 2005, tutti i pazienti afferiti alla nostra UO sono stati sottoposti a stadiazione clinica mediante imaging (scintigrafia ossea, Rx torace e RMN addominopelvica o, in alternativa a questa, TC addominopelvica + ecografia con sonda endorettale). Il motivo di questa scelta è stato rappresentato dalla necessità di modulare il trattamento, in termini di dose e di integrazione con ormonoterapia adiuvante, legato alle evidenze della letteratura sulla efficacia della escalation della dose e dell'impiego di ormonoterapia adiuvante prolungata nei pazienti con rischio elevato o molto elevato di ripresa biochimica e clinica di malattia. Scopo di questa analisi è quello di valutare l'impatto di questo iter sulla gestione terapeutica dei pazienti.

Metodi: 104 pazienti con diagnosi di CP sono stati valutati per eventuale radioterapia. In tutti i pazienti è stato richiesto un completamento della stadiazione con la richiesta degli esami fino a quel momento non eseguiti. Le principali caratteristiche di questo gruppo di pazienti sono state: età mediana: 67 anni (range: 43-79), PSA medio alla diagnosi: 13, Gleason Score: 2-4: 13%, 5-7: 75%, 8-10: 12%. 34 pazienti erano precedentemente stati sottoposti a prostatectomia radicale, ed erano stati avviati ad un programma di radioterapia postoperatoria.

Risultati: Tutti i 104 pazienti hanno completato gli esami di staging richiesti (Rx torace; RMN; scintigrafia ossea). Rispetto alla situazione presuntiva di CP non metastatico candidato a radioterapia radicale, i diversi esami hanno permesso di individuare: 1 caso di neoplasia polmonare primitiva sincrona; 1 caso di aneurisma della aorta toracica che ha richiesto immediato ricovero ed intervento chirurgico; 1 caso di carcinoma sincrono avanzato del corpo-coda del pancreas, avviato a chemioterapia e terapie di supporto; 1 caso di doppio carcinoma sincrono (pancreas e mammella) per il quale è stato intrapreso un trattamento sistemico polichemioterapico.

Conclusioni: Il trattamento radioterapico del CP prevede oggi una modulazione della dose e dell'integrazione con la terapia ormonale basata sulle classi di rischio, per le quali è richiesta la definizione dello stadio clinico. Come per le altre patologie neoplastiche, quindi, la definizione dell'indicazione e prescrizione del trattamento radiante non può prescindere da una corretta individuazione dello stadio. Questa analisi dimostra il fatto che l'esecuzione degli esami di staging permette di individuare, in una percentuale non trascurabile di pazienti, comorbidità rilevanti in grado di alterare radicalmente il piano della terapia, evitando al paziente un trattamento radioterapico in questi casi inutile, almeno come primo momento terapeutico.

Abstract n. 43 Poster

ANALISI DELLA CORRELAZIONE TRA DVH E TOSSICITA TARDIVA RETTALE DOPO RADIOTERAPIA DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA

Digesù C.[1], Cilla S.[2], Perrone M.[1], Deodato F.[1], Macchia G.[1], Romanella M.[1], Luzi S.[3], Mantini G.[3], Mattiucci G.C.[3], Valentini V.[3], Cellini N.[3], Piermattei A.[2], Morganti A.G.[1]

[1]UO Radioterapia, [2]UO Fisica Sanitaria, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [3]Cattedra di Radioterapia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduzione e Obiettivi: La tossicità rettale tardiva (TRT) rappresenta il limite principale nella radioterapia curativa del carcinoma prostatico. In letteratura sono stati proposti diversi limiti nel rapporto tra dose somministrata e volume irradiato (istogrammi dose-volume: DVH). Scopo di questo studio è quello di analizzare l'impatto di una serie di parametri dosimetrici sulla TRT in una popolazione di pazienti consecutivamente sottoposti a radioterapia con intento curativo.

Metodi: 100 pazienti con carcinoma prostatico non metastatico sono stati sottoposti a trattamento radioterapico con tecnica conformazionale 3D (84) o con IMRT (16). La dose totale somministrata (ICRU 62) è stata di 70.2-73.8 Gy (1.8 Gy per frazione). Per ogni paziente sono stati analizzati i DVH (PLATO, Nucletron, The Netherland), e sono stati registrati i seguenti parametri dosimetrici relativamente al retto: Dmax, Dmean, V40Gy, V50Gy, V60Gy e V70Gy. Dopo il trattamento, i pazienti sono stati valutati clinicamente ogni 6 mesi: la TRT è stata valutata secondo la scala RTOG-EORTC. I pazienti sono stati suddivisi a seconda dei valori assunti dai parametri dosimetrici, impiegando come cut-off il valore mediano e valori incrementali con steps del 10%. L'incidenza di tossicità di grado > 2 è stata confrontata con il metodo di Kaplan-Meier; il confronto tra curve di sopravvivenza libera da tossicità è stato eseguito con il test logrank.

Risultati: L'incidenza cumulativa attuariale di TRT > grado 2 è stata del 16.4%. Non sono state osservate correlazioni significative tra V70Gy e TRT, e tra Dmax e TRT. Tuttavia, sia la V50Gy (utilizzando come cut-off le percentuali del 70% [p=0.047] e del 80% [p=0.043] che la V60Gy (utilizzando come valore percentuale di cut-off il 50% [p=0.044]) hanno mostrato una correlazione significativa con la TRT. La Dmean, utilizzando come valore cut-off la dose di 60 Gy, ha mostrato una correlazione significativa con l'incidenza di TRT (Dmean < 60 Gy: TRT a 2 anni = 7.3%; Dmean > 60 Gy: TRT a 2 anni = 34.4%; p=0.018).

Conclusioni: Sono state osservate differenze significative, in termini di TRT, a seconda della percentuale del retto che riceve dosi intermedie di radiazioni (50 e 60 Gy), ma non dosi elevate (70 Gy). L'incidenza di TRT, inoltre, è risultata significativamente correlata alla dose media (se > 60 Gy) ma non alla dose massima al retto. Questi dati confermano l'ipotesi di una organizzazione funzionale "in parallelo" del retto, nonché la possibilità di predire, attraverso l'analisi dei DVH, la probabilità di TRT.

Abstract n. 44 Poster

DOCETAXEL (D) AS FIRST LINE CHEMOTHERAPY IN HORMONOREFRACTORY PROSTATE CANCER (HRPC): A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE

Ortega C.[1], Vormola R.[1], Montemurro F.[1], Faggiuolo R.[1], Nanni D.[2], D'Urso L.[3], Muto G.[3], Aglietta M.[1]

[1]Medical Oncology, [2]Pharmacy Dept, Institute for Cancer Research and Treatment, IRCC, Candiolo (Turin); [3]Urology Department, S. Giovanni Bosco Hospital, Turin

Introduction: In 2004, TAX 327 study confirmed the use of docetaxel plus prednisone as standard first line therapy for HRPC. Recently two retrospective studies (Michels J., Cancer 2006; Oh W.K., J Urol 2006) suggested that docetaxel remains active even when used as second line chemotherapy after mitoxantrone and prednisone administration. We performed a retrospective analysis of the activity of weekly or q3wks D in patients with HRPC treated at our Institution in terms of serum biochemical response (PSA reduction >50%), time to progression (TTP) and survival (OS).

Materials and Methods: From 6/2002 to 6/2006, 54 consecutive patients (median age: 65.4 yrs.; range 47.3-81.5, ECOG performance status <2) with progressive metastatic HRPC were treated with D and prednisone. Metastatic sites were: 15/54 skeleton, 9/54 viscera and 30/54 mixed (skeleton and viscera). All patients had been previously treated with maximal androgen blockade, 21/54 with chemotherapy (19 with estramustine (E), 1 with mitoxantrone and 2 with mitoxantrone and E). 30/54 pts were treated with weekly D (36 mg/m2/wk 6/8 wks – median treatment wks: 11.5) and 24/54 with q3wks D (75 mg/m2 on day 1 every 21 – median number of cycles: 7.5). All patients received premedication with prednisone and all patients maintained androgen suppression with Luteinizing Hormone Releasing Hormone. 41/46 pts with skeletal involvement received zoledronic acid 4 mg every 3 or 4 wks.

Results: median follow-up was 9.5 mos. (0.1-32). Biochemical response was 70.3%. Median TTP was 7 mos. (C.I. 5.7 – 8.3) and median OS was 12.7 mos. (C.I. 9.7-15.6). When administered as first line treatment, docetaxel determined a better TTP (8.1 vs. 5.5 mos/ p=0.043) but no effect on median OS (12.7 vs 12.2 mos/ p=0.55). A statistically non-significant trend towards better TTP (8.1 vs 5.8 mos/ p= 0.16) and OS (14.8 vs 12.2 mos/ p=0.39) was observed in patients treated on the q3wks schedule. No serious adverse events and no grade 4 WHO toxicities occurred. 19/54 (35.2%) pts had grade 3 toxicity: diarrhoea 4/54 (7.4% - all pts on the group of weekly D), neutropenia 6/54 (11.1% - all pts on the q3wks schedule), asthenia (3/54 – 5.5%), nail changes (2/54 – 3.7%), 2 nausea (3.7%) and 2 peripheral neuropathy (3.7%). 35/54 (64.8%) pts had grade 2 toxicity: dysgeusia, stomatitis, peripheral edema, sensory neuropathy as loss of sensation in the fingers.

Conclusion: in our patients, D given as first-line chemotherapy was associated with longer TTP, but no difference in survival, compared to its use as second or further line of treatment. The efficacy of D in HRPC has been confirmed in both lines of treatment. Three wks and weekly schedules achieved the same efficacy with different low-grade toxicities, with a trend towards improved efficacy of the q3wks schedule.

We conclude that upfront treatment with q3wks D is the preferred option for HRPC patients who are suitable for chemotherapy.

Abstract n. 45 Video

LA PROSTATECTOMIA RADICALE PERINEALE VIDEO-LAPARO ASSISTITA

Mini D.[1], Canale M.[2], Pittari A.[3], Corsi C.[4]

[1]Clinica Villa Pia; [2]Clinica Guarnieri; [3]Ospedale Celio; [4]Clinica Villa Pia

Introduzione e Obiettivi: Una delle opzioni terapeutiche più praticate nel caso di neoplasia localizzata della prostata è senza dubbio la prostatectomia radicale. Le tecniche chirurgiche adottate per eseguire tale intervento sono quella retropubica, perineale, laparoscopica e quella trans-coccigea. Ognuna di queste tecniche presenta vantaggi e svantaggi:

La via retropubica è la più praticata dagli urologi di tutto il mondo, è un intervento sicuro, standardizzato, che consente di

effettuare una ampia linfoadenectomia se necessaria, con scarsa morbilità e mortalità ma ancora abbastanza invasivo e con una degenza minima in ospedale di 5 giorni. La prostatectomia laparoscopica incontra il parere favorevole dei pazienti per la evidente scarsa invasività e la conseguente rapida dimissione dall'ospedale (2-3 giorni), anche questa tecnica consente una sincrona linfoadenectomia se necessaria, ma risulta poco gradita dalle amministrazioni per gli altrettanto evidenti alti costi associati. La prostatectomia perineale associa una bassa invasività a costi estremamente contenuti, ma non permette una sincrona linfoadenectomia e in caso di prostate di grandi dimensioni risulta di difficile esecuzione. Abbiamo quindi cercato la quadratura del cerchio associando la via perineale a quella laparoscopica, nel tentativo di effettuare interventi mini invasivi ma con minimo ricorso a materiali costosi.
Metodi: La via laparoscopica transperitoneale con 5 trocar (due da 10 e tre da 5 mm) ci ha consentito la linfoadenectomia e la successiva preparazione dei deferenti e delle vescicole seminali evitando l'utilizzazione di materiali di alto costo, vista la semplicità della manovra. Il secondo tempo perineale ci ha consentito l'estrazione di ghiandole prostatiche anche di dimensioni importanti (fino a 90 gr.) in quanto tenute ormai in situ solo dal collo vescicale e dall'uretra e senza la sezione del Santorini, quindi con scarse perdite ematiche.
Risultati: La facilità nell'esecuzione dell'anastomosi e la sua notevole tenuta ha permesso una rapida dimissione dall'ospedale (3 giorni), e una altrettanto rapida rimozione del catetere (5 giorni). I risultati oncologici dell'intervento sono risultati perfettamente sovrapponibili a quelli della via retropubica e laparoscopica.
Conclusioni: Ci sembra che l'approccio perineale video-laparo assistito sia ottimale nel trattamento chirurgico del cancro della prostata, in quanto associa alla sempre più richiesta di mini invasività da parte dei pazienti, la sempre più pressante raccomandazione al controllo dei costi da parte delle amministrazioni.

Abstract n. 46 Poster

TUMORE TESTICOLARE METASTATICO CON ADENOPATIE DIFFUSE: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

Fiori C.[1], Dongiovanni D.[2], Barone C.[2], Destefanis P.[1], Negro C.[1], Bertetto O.[2], Ciuffreda L.[1], Fontana D.[1]
[1]Divisione Universitaria di Urologia II - Università degli Studi di Torino - A.O. Molinette - Torino; [2]Divisione di Oncologia Medica 1 - A .O Molinette - Torino

Introduzione e Obiettivi: Il trattamento del tumore testicolare metastatico rappresenta talvolta una sfida per il clinico e spesso richiede la collaborazione di più specialisti; descriviamo il caso di un paziente affetto da tumore testicolare metastatico trattato mediante approccio multidisciplinare.
Case report: Si tratta di un paziente di 32 anni, senza precedenti clinici di rilievo. Nel gennaio 2005 riscontro di tumefazione emiscrotale a sinistra per cui veniva eseguita orchifunicolectomia omolaterale con diagnosi di tumore testicolare misto germinale pT2 (seminoma 20%, teratoma immaturo 55%, ca embrionale 25%). Alla TC di stadiazione riscontro di voluminose linfoadenopatie: sovraclaveare sinistra, mediastinica e retroperitoneale lateroaortica delle dimensioni di 11x8cm. Veniva pertanto eseguito ciclo chemioterapico sec. schema BEP (3 cicli). Il controllo dopo tre mesi evidenziava sostanziale stabilità volumetrica delle lesioni. Veniva pertanto proposto ciclo di salvataggio secondo lo schema VeIP (3 cicli), tuttavia il successivo controllo TC evidenziava aumento volumetrico delle lesioni retroperitoneali e comparsa di lesioni polmonari bilaterali (millimetriche a destra). Il paziente giungeva all'osservazione del nostro Centro e dopo consulenza collegiale veniva proposto approccio chirurgico.
Nel luglio 2005 veniva eseguita asportazione della massa neoplastica retroperitoneale e nefro-surrenectomia sinistra di necessità, durante l'intervento per via addominale venivano asportati parte del tessuto neoplastico mediastinico attraverso lo iato diaframmatico aortico. Il decorso postoperatorio risultava privo di complicanze e l'esame istologico evidenziava la presenza di nodi di teratoma immaturo. Nell'agosto 2005 si procedeva ad asportazione della lesione sovraclaveare sinistra (esame istologico: nodi di teratoma immaturo) e nell'ottobre 2005 ad asportazione di lesione mediastinica e metastasectomia polmonare multipla a sinistra. (esame istologico: teratocarcinoma). Il decorso postoperatorio veniva complicato dalla presenza di pneumotorace a sinistra, risolto mediante il posizionamento di drenaggio toracico. Al controllo TC e PET dopo 6 mesi non segni di ripresa di malattia, stabilità delle millimetriche lesioni polmonari a destra; clinicamente il paziente riferiva sostanziale benessere con ripresa delle normali attività lavorative.
Conclusioni: Il trattamento del tumore testicolare metastatico avanzato è spesso affidato alla sola chemioterapia. In casi selezionati tuttavia l'approccio chirurgico multidisciplinare "estremo" è una opzione terapeutica che deve essere presa in considerazione al fine di offrire al paziente le maggiori possibilità di cura.

Abstract n. 47 Comunicazione Selezionata

CHIRURGIA DELLE MASSE RESIDUE IN PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIA GERMINALE NON SEMINOMATOSA (NSGCC): LA NOSTRA CASISTICA

Dongiovanni D.[1], Barone C.[1], Dongiovanni V.[3], Fiori C.[2], Fontana D.[2], Ciuffreda L.[1], Bertetto O.[1]
[1]Divisione di Oncologia Medica 1, A.O. Molinette, Torino; [2]Divisione Universitaria di Urologia II, Università degli Studi di Torino, A.O. Molinette, Torino; [3]Oncologia Medica ASL 8, Chieri (TO)

Introduzione ed Obiettivi: Le neoplasie germinali rappresentano il paradigma di neoplasia chemiosensitiva guaribile ed un approccio terapeutico multimodale è in grado di offrire un tasso di curabilità elevato anche nella malattia avanzata. La maggior parte dei pazienti NSGCC con localizzazioni retroperitoneali o a distanza ottiene la remissione di malattia con il solo trattamento chemioterapico standard, ma fino a un terzo necessita di un trattamento chirurgico successivo.
La chirurgia delle masse residue di NSGCC prevede l'asportazione delle lesioni superiori a 1 centimetro di diametro persistenti dopo il trattamento chemioterapico ed è indicata solo in presenza di markers normalizzati.
Metodi: Dal 2003 sono stati sottoposti a chirurgia delle masse residue 12 pazienti seguiti dal nostro centro. La principali caratteristiche dei pazienti erano: età mediana 26 anni (range 17-35); sito primitivo testicolare in 9 casi, extratesticolare in 3 (2 mediastinici ed 1 retroperitoneale); gli istotipi più rappresentati erano il carcinoma embrionario (8 pts) ed il teratoma immaturo (3 pts), che in un paziente risultavano associati. Cinque pts appartenevano al gruppo "good prognosis", 1 al gruppo "intermediate", 6 al gruppo "poor prognosis" (50% per marcatori elevati, 30% per sede mediastinica di malattia primitiva e 20% per localizzazioni viscerali extrapolmonari). La maggior parte dei pazienti era stata sottoposta a 4 cicli di chemioterapia e in due casi a chemioterapia con alte dosi ed autotrapianto di cellule staminali periferiche. Alla rivalutazione radiologica post chemioterapia il 75% dei pazienti aveva ottenuto una risposta parziale, il restante 25% una stabilizzazione di malattia; tutti i pazienti avevano ottenuto risposta completa sierologica.
Risultati: Otto pazienti sono stati sottoposti a RPLND (in un caso associata a nefrectomia), 1 a metastasectomia polmonare, 2 a resezione di massa mediastinica, un paziente è stato invece sottoposto a triplice chirurgia su localizzazioni residue di

malattia in sede retroperitoneale, laterocervicale e polmonare. La chirurgia era stata radicale in 7 casi; 2 dei restanti pazienti sono ancora in attesa di metastasectomia polmonare controlaterale. Le componenti istologiche residue sono state: teratoma maturo (4 pts), necrosi (2 pts), seminoma in regressione (1 pts); cellule vitali sono state identificate in 5 pts (teratoma immaturo e carcinoma embrionario in 3 e 2 pazienti rispettivamente). Di questi ultimi solo in un caso è stato effettuato un trattamento adiuvante mentre in 2 casi con persistenza di malattia è stata intrapresa una chemioterapia di II linea. Abbiamo riscontrato progressione di malattia nel 33% dei casi: di questi, 3 appartenevano alla categoria "poor prognosis" e uno ha manifestato una late-relapse retroperitoneale che è stata asportata radicalmente. Sette pazienti sono attualmente in regolare follow-up liberi da malattia, 2 pazienti sono deceduti, 1 ha iniziato trattamento chemioterapico ad alte dosi al fallimento della terapia di salvataggio e 2 pazienti sono ancora in attesa di completamento chirurgico.
Conclusioni: A nostro avviso i pazienti affetti da NSGCC necessitano di approccio multidisciplinare che non può prescindere dalla presenza di un chirurgo dedicato.

Abstract n. 48 Poster

UTILIZZO DELLA 18FDG PET NEL PAZIENTE CON NEOPLASIA GERMINALE IN STADIO I: NOSTRA ESPERIENZA

Barone C.[1], Dongiovanni D.[1], Dongiovanni V.[3], Fiori C.[2], Fontana D.[2], Bertetto O.[1], Ciuffreda L.[1]
[1]Divisione di Oncologia Medica 1, A .O Molinette Torino; [2]Divisione Universitaria di Urologia II, Università degli Studi di Torino, A.O. Molinette, Torino; [3]Oncologia Medica ASL 8, Chieri (TO)

Introduzione e Obiettivi: Nella stadiazione clinica dei tumori germinali lo stadio I (GCT-SI) è caratterizzato dalla malattia limitata al testicolo senza evidenza di localizzazioni retroperitoneali o a distanza. Il rischio di ripresa di malattia nel seminoma stadio I è circa del 15-25% (fattori prognostici negativi: invasione rete testis e/o grandezza tumorale > 4 cm), nel non seminoma stadio 1 il rischio è del 30-50% (fattore prognostico negativo: invasione vascolare e/o linfatica). Il tasso di curabilità rimane elevato indipendentemente dalla scelta tra le opzioni terapeutiche proponibili:
- un trattamento chemioterapico adiuvante: carboplatino AUC 7 per 1-2 cicli nel seminoma, PEB per 2 cicli nel non seminoma.
- un trattamento locoregionale adiuvante: radioterapia su linfonodi lomboaortici nel seminoma, linfoadenectomia retroperitoneale nel non seminoma.
- sorveglianza

Abbiamo deciso di studiare il ruolo della PET nel completamento della stadiazione nel GCT-SI, in particolare per selezionare i pazienti che per il relativamente basso rischio di recidiva possano maggiormente beneficiare di un atteggiamento astensionistico.
Metodi: Dal luglio 2004, 14/25 nuovi pazienti consecutivi affetti da GCT-SI afferiti al nostro Centro hanno accettato di sottoporsi a PET entro 8 settimane dall'orchifuniculectomia.
Le caratteristiche dei 14 pazienti erano:
età mediana 35 anni(range 24-64);
5 seminoma (uno con fattore prognostico negativo) e 9 non-seminoma (tre con fattori prognostici negativi).
Risultati: Sette pazienti presentavano markers elevati prima dell'orchifunicolectomia e in un solo caso si è verificata persistenza sierologica: il paziente è stato pertanto chemiotrattato per malattia presente (3 cicli BEP) nonostante PET e TC fossero negativi.
In 3 pazienti la TC mostrava la presenza di adenopatie retroperitoneali centimetriche mentre la PET risultava negativa: 2 hanno scelto la sorveglianza e 1 la chemioterapia adiuvante. In un solo paziente con negatività radiologica e sierologica la PET ha evidenziato localizzazioni linfonodali retroperitoneali occulte che hanno richiesto un trattamento con 3 cicli BEP.
Conclusioni: Nella nostra seppur limitata casistica la PET si è dimostrata in grado di modificare l'atteggiamento terapeutico nei casi di discordanza tra le indagini stadiative. La nostra esperienza ci porta a ipotizzare un ruolo della PET nella stadiazione del tumore germinale in stadio I sebbene i costi elevati e la ridotta accessibilità ne limitino l'utilizzo nella pratica clinica. Sono necessari ulteriori studi per chiarire l'effettiva utilità di tale metodica.

Abstract n. 49 Poster

"LATE RELAPSE" DI TUMORE DEL TESTICOLO: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Fiori C.[1], Barone C.[2], Dongiovanni D.[2], Destefanis P.[1], Cugiani A.[1], Ciuffreda L.[2], Bertetto O.[2], Fontana D.[1]
[1]Divisione Universitaria di Urologia II, Università degli Studi di Torino, A.O. Molinette, Torino; [2]Divisione di Oncologia Medica 1 A.O. Molinette, Torino

Introduzione e Obiettivi: La durata dei protocolli di follow-up nei pazienti affetti da tumore del testicolo è argomento spesso dibattuto anche in relazione al fatto che sono stati segnalati casi di "late relapse". Descriviamo il caso di un paziente con una complessa storia clinica giunto alla osservazione del nostro centro per una ricaduta neoplastica tardiva.
Case report: Paziente di 29 anni, ottime condizioni generali. All'anamnesi oncologica epididimectomia destra con exeresi di massa linfonodale retroperitoneale laterocavale nel 1994; all'esame istologico rispettivamente teratoma maturo e carcinoma embrionario giovanile (del sacco vitellino). Successivamente veniva iniziata terapia sec. lo schema BEP (3 cicli), ed il follow up risultava negativo fino al 1998. Da allora non venivano eseguiti controlli fino al 2002 quando il paziente si presentava presso i curanti per comparsa (autodiagnosticata) di nodo testicolare. Il paziente veniva sottoposto ad intervento esplorativo scrotale con asportazione del nodo predetto e risparmio del parenchima testicolare, l'esame istologico rivelava la presenza di aree di flogosi. La TC di ristadiazione eseguita in questa occasione non evidenziava significative variazioni rispetto al controllo del 1998. A partire da tale data fino al 2006 non eseguiti controlli clinico-radiologici. Il paziente giungeva all'osservazione del nostro centro nel gennaio 2006 per comparsa di tumefazioni testicolari multiple a destra, la maggiore del diametro di 1 cm circa, l'ecografia evidenziava la presenza di multiple nodularità ipoecogene nel contesto del parenchima testicolare destro, i marcatori risultavano nella norma. Il paziente veniva dunque sottoposto ad orchifunicolectomia destra per via inguinale con riscontro all'esame istologico di seminoma in stadio pT1. La TC di ristadiazione evidenziava la comparsa di massa linfonodale in sede precavale, all'altezza di un piano passante per L1. La PET total body confermava la presenza di massa linfonodale captante intensamente il radiofarmaco. Dopo consulto polispecialistico si decideva per l'asportazione della lesione e nel maggio 2006 si procedeva a linfoadenectomia laterocavale ed interaortocavale. Il decorso postoperatorio è stato regolare ed il paziente è stato dimesso in V gpo. L'esame istologico rivelava la presenza di metastasi linfonodali da seminoma. Precauzionalmente il paziente veniva sottoposto a RDT a campi contrapposti sagomati, per un totale di 18 Gray (12 sedute). La TC di ristadiazione non evidenziava malattia residua/recidiva ed il paziente è attualmente in ottime condizioni generali con ripresa delle normali attività lavorative.
Conclusioni: Il caso presentato rammenta la possibilità di una recidiva neoplastica tardiva e dunque la necessità di protocolli di follow up, almeno in casi selezionati, prolungati nel tempo.

Abstract n. 50 Poster

STUDIO DELLA PROTEOMICA E DELL'ESPRESSIONE GENICA NELLE NEOPLASIE DEL TESTICOLO

Destefanis P.[1], Fiori C.[1], Barbero G.[2], Ceruti C.[1], Mandili G.[2], Giribaldi G.[2], Cugiani A.[1], Carta F.[3], Fontana D.[1], Turrini F.[2]
[1]Divisione Universitaria di Urologia II, Dipartimento di Discipline Medico Chirurgiche; [2]Dipartimento di Genetica, Biologia, Biochimica, Università degli Studi di Torino, Università degli Studi di Torino. A.O. Molinette, Torino; [3]Porto Conte Ricerche, Alghero (SS)

Introduzione e Obiettivi: L'identificazione delle proteine insieme allo studio delle alterazioni nei profili di espressione dei geni nelle cellule neoplastiche è un mezzo prezioso per capire il comportamento delle cellule tumorali e per scoprire nuovi markers. Riportiamo l'esperienza della nostra divisione con un'approccio combinato di proteomica e di studio dell'espressione genica, nel campo delle neoplasie testicolari..
Metodi: Sono stati prelevati campioni a fresco (5-10 mg) di parenchima testicolare apparentemente normale e di neoplsia testicolare, in corso di orchifunicolectomia per neoplasia testicolare. I campioni sono stati conservati a -80 C. Dopo l'omogeneizzazione del tessuto, le proteine sono state solubilizzate e separate mediante elettroforesi bidimensionale. Le proteine sono state successivamente identificate mediante MALDI-TOF e PMF. L'mRNA estratto è stato utilizzato per studiare l'espressione genica quantitativamente mediante una metodica di Real Time RT-PCR. Risultati: È stato possibile effettuare il prelievo dei tessuti complessivamente su 12 pazienti affetti da neoplasia testicolare, confermato istologicamente. Il metodo utilizzato per estrarre l'mRNA e le proteine ha consentito una separazione ottimale mediante elettroforesi bidimensionale. Attraverso l'utilizzo di un software specifico per l'analisi d'immagine è stato possibile individuare alcune proteine significativamente sovraespresse nei campioni di tessuto tumorale. Tali proteine sono state identificate mediante spettrometria di massa MALDI-TOF ed è stata inoltre valutata l'espressione genica mediante Real Time RT-PCR.
Conclusioni: L'utilizzo del protocollo per lo studio del corredo proteomico e dell'espressione genica da noi utilizzato ha fornito risultati tecnici soddisfacenti, pur effettuando prelievi di tessuto di minima entità (al massimo 10 mg), senza ostacolare l'esecuzione del normale esame istopatologico. La metodica ha infatti permesso di identificare proteine sovraespresse che potranno essere utilizzate per meglio comprendere la biologia tumorale, come eventuali marcatori di malattia o come bersagli di terapia mirata. L'accrescimento del numero di casi studiati permetterà di confermare e chiarire tali aspetti.

Abstract n. 51 Comunicazione

È SEMPRE NECESSARIA L'ISCHEMIA NELLA CHIRURGIA CONSERVATIVA RENALE? NOSTRA ESPERIENZA IN 5 ANNI

Masala D., Mattace Raso D., Campese R., Meccariello C., Fedelini M., Fedelini P., Masala A.
UOSC di Urologia AORN A. Cardarelli, Napoli. Direttore: Dr. A. Masala

Introduzione: La tecnica chirurgica tradizionale nella chirurgia neprhon-sparing prevede il clampaggio del peduncolo vascolare renale con successiva ischemia parenchimale fredda o calda per ridurre le perdite ematiche durante la enucleoresezione. Negli ultimi cinque anni abbiamo praticato una chirurgia conservativa senza ischemia.
Materiali e Metodi: La casistica dal Gennaio 2001 al Dicembre 2005 riguarda 51 pazienti affetti da neoplasia a sviluppo prevalentemente esorenale con diametro variabile da 2 a 5 cm. L'indicazione era elettiva in 42 pazienti e di necessità nei restanti 9 (2 casi per insufficienza renale cronica, 3 casi per neoplasia renale bilaterale, 4 casi per monorene chirurgico). Tutti i pazienti, preparati con predeposito ematico autologo, sono stati sottoposti ad enucleoresezione della neoformazione renale senza ischemizzazione del rene. L' emostasi è stata assicurata con sutura a punti staccati del piano vascolare e punti a materassaio con interposizione di cellulosa ossidata rigenerata (Tabotamp). Negli ultimi 13 casi è stata praticata dissezione e coagulazione con bisturi plasmacinetico e apposizione diretta sul letto di resezione di gel di matrice di fibrina (FloSeal). Tale tecnica ha consentito in 11 casi l'emostasi senza ricorrere a suture chirurgiche ed in due casi ha assicurato il parziale controllo dell'emostasi con necessità di un suo completamento con suture. In tutti i casi si è proceduto a biopsia estemporanea dei margini di resezione sul pezzo operatorio e biopsia del letto di resezione. E' stata sempre ricostruita la fascia renale a scopo emostatico.
Risultati: La perdita ematica media intraoperatoria è stata di 350 ml (min. 100 – max. 1200). Le complicanze post-operatorie occorse sono state: in 12 casi anemizzazione clinicamente significativa con necessità di emotrasfusione e 3 casi di fistola urinosa risolta con posizionamento di stent doppio J. Con un follow-up medio di 22 mesi è stato riscontrato un solo caso di recidiva locale. Lo stadio patologico era in tutti i pazienti T1N0M0. All'esame istopatologico si trattava di 38 carcinomi a cellule chiare, 2 carcinomi renali oncocitari, 10 oncocitomi, un adenofibroma.
Conclusioni: La nostra esperienza dimostra che è possibile ricorrere in casi selezionati alla chirurgia conservativa renale senza l'ischemizzazione parenchimale, con una minima incidenza di complicanze significative.

Abstract n. 53 Poster

POSSIBILE RUOLO DEL SISTEMA DELLE GLIOSSALASI NEL CONTROLLO DELLA PROLIFERAZIONE CELLULARE INDOTTA DA TESTOSTERONE E LETROZOLO IN CELLULE DI CARCINOMA PROSTATICO ANDROGENO-INDIPENDENTE

Mearini E.[1], Cottini E.[1], Serva M.R.[1], Del Buono C.[2], Antognelli C.[2], Talesa V.N.[2]
[1]Dipartimento di Specialità medico chirurgiche e Sanità pubblica Clinica urologica Policlinico Monteluce; [2]Dipartimento di Medicina Sperimentale e scienze Biochimiche Sezione di Biologia cellulare e molecolare

Background: Il cancro alla prostata (PCa) è uno dei tumori più frequenti nell'uomo e l'aumento della sua incidenza lo candida a diventare un problema medico e socio-economico di primaria importanza nelle popolazioni occidentali. Non essendovi conoscenze sufficienti sulla biologia del PCa e sui meccanismi molecolari che ne portano all'insorgenza, occorrono marcatori efficaci della sua progressione e per l'eventuale sviluppo della refrattarietà alla terapia anti-androgenica.
Di recente, è stato evidenziato che la proliferazione di linee cellulari di adenocarcinoma prostatico androgeno-responsive, trattate con ormoni implicati nella fisiopatologia PCa, quali testosterone (T) e letrozolo (L) (inibitore dell'aromatasi), può essere modulata con il coinvolgimento del sistema delle gliossalasi. Si tratta di un sistema enzimatico di controllo della crescita cellulare, mediante la regolazione dei livelli citoplasmatici di metilgliossale (MG) e lattoilglutatione (LSG), fisiologici inibitori della proliferazione cellulare e forti induttori di apoptosi.
Scopo: Lo studio si propone l'obiettivo di verificare se il trattamento con T e L può modificare la crescita anche di cellule di adenocarcinoma prostatico androgeno-indipendenti (PC3), refrattarie all'ormonoterapia, mediante un coinvolgimento degli enzimi del sistema delle gliossalasi (GI e GII).

Materiali e Metodi: Linee cellulari PC3 sono state trattate, per 2 giorni, con dosi crescenti di T (1nM e 100 nM) e L (25nM, 50nM, 100nM, 1mM), in esperimenti indipendenti e in combinazione. La proliferazione cellulare è stata studiata mediante saggio MTT; l'espressione dei messaggeri specifici di GI e GII mediante real-time PCR quantitativa.
Risultati: I risultati indicano che il T non produce alcun effetto sulla crescita cellulare, ma induce un aumento significativo dell'espressione sia di GI che di GII. Il L inibisce la crescita cellulare già alla concentrazione più bassa di L (25nM), mentre induce un aumento sia di GI che di GII. Gli esperimenti in combinazione evidenziano, inoltre, un controllo degli estrogeni sulla proliferazione cellulare, in quanto inducono una diminuzione della stessa.
Discussione e Conclusioni: I risultati suggeriscono che T, estrogeni, e L possono influenzare la proliferazione cellulare mediante cambiamenti dell'espressione del sistema delle gliossalasi, anche in tumori non responsivi ai trattamenti ormonali. Tali modulazioni possono avvenire con meccanismi diversi da quelli che intervengono in cellule androgeno-dipendenti. I risultati e il confronto con quelli ottenuti per PCa responsivi alla ormono-terapia suggeriscono, quindi, il possibile impiego dei livelli di trascritto di GI e GII come marker specifico di proliferazione cellulare e l'efficacia di una terapia adiuvante di tipo antiestrogenico o mediante l'impiego di inibitori dell'aromatasi per i tumori prostatici androgeno-responsivi, ma non per quelli androgeno-indipendenti. I differenti meccanismi messi in atto da cellule di PCa androgeno-dipendente o -indipendente, potrebbero riflettere le diverse potenzialità individuali nello sviluppo di una suscettibilità agli estrogeni/androgeni e/o di una resistenza ai trattamenti con antiestrogeni o farmaci aromatasici di cellule in un dato tumore in vivo, mediante la modulazione del sistema delle gliossalasi. La conoscenza di questi meccanismi potrebbe rilevarsi utile nella individuazione e applicazione clinica di strategie mirate di terapia.

Abstract n. 54 Poster

RUOLO DEL SISTEMA DELLE GLIOSSALASI NEL CONTROLLO DELLA PROLIFERAZIONE CELLULARE IN CELLULE DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO ANDROGENO-DIPENDENTI (LNCAP) TRATTATE CON TESTOSTERONE E LETROZOLO

Mearini E.[1], Cottini E.[1], Serva M.R.[1], Del Buono C.[2], Antognelli C.[2], Talesa V.[2]
[1]Dipartimento di Specialità medico chirurgiche e Sanità pubblica Clinica Urologica Policlinico Monteluce 06122 Perugia; [2]Dipartimento di Medicina Sperimentale e Scienze Biochimiche Sezione di Biologia cellulare e molecolare Perugia

Background: Il cancro alla prostata (PCa) costituisce la più diffusa patologia neoplastica dell'apparato urogenitale negli uomini. La terapia ormonale è il caposaldo iniziale della terapia medica nei pazienti con PCA ormono-responsivo; in alcuni casi si osserva spesso dopo alcuni mesi la progressione verso una condizione di androgeno indipendenza con conseguente insuccesso del trattamento e progressione della malattia. E' stato ampiamente suggerito che elevati livelli di testosterone (T) sono coinvolti nella carcinogenesi del PCa. Recentemente, è stato anche suggerito un possibile ruolo del T come inibitore della proliferazione cellulare nel PCa ormone-indipendente, potendo indurre stress ossidativo. Inoltre, studi epidemiologici e prove sperimentali evidenziano un ruolo degli estrogeni nella patogenesi di PCa. E' stato recentemente dimostrato nel carcinoma alla mammella umano, che gli estrogeni possono modulare l'azione del sistema delle gliossalasi (GI e GII), un importante sistema cellulare coinvolto nel controllo della crescita cellulare, potendo regolare i livelli citoplasmatici degli intermedi catabolici metilgliossale (MG) e lattoilglutatione (LSG), fisiologici inibitori della proliferazione cellulare e forti induttori di apoptosi. Si delinea il possibile impiego inibitori dell'aromatasi, enzima chiave nelle sintesi degli estrogeni a partire dal Testosterone come possibile via terapeutica innovativa.
Scopo: Investigare se testosterone (T) e letrozolo (L), inibitore dell'aromatasi, possono influenzare la crescita cellulare di cellule di adenocarcinoma prostatico androgeno-responsive (LNCaP) con un meccanismo mediato da GI e GII.
Materiali e Metodi: Linee cellulari LNCaP sono state trattate, per 2 giorni, con dosi crescenti di T (1nM e 100 nM) e L (25nM, 50nM, 100nM, 1mM), in esperimenti indipendenti e in combinazione (1nM T + 25nM L). La proliferazione cellulare è stata studiata mediante saggio MTT; l'espressione dei messaggeri specifici di GI e GII mediante real-time PCR quantitativa.
Risultati: Nelle cellule LNCaP il T sembra indurre un aumento significativo della crescita cellulare, dell'espressione di GI e di GII. Il L, invece, sembra inibire la crescita cellulare già alla concentrazione più bassa (25nM), mentre induce un aumento sia dei livelli di trascritto di GI che di GII. Gli esperimenti in combinazione, tuttavia, evidenziano che gli effetti biologici osservati possono essere anche mediati dall'azione degli estrogeni, oltre che da un ruolo diretto del T.
Discussione e Conclusioni: I risultati suggeriscono che T, estrogeni, e L possono influenzare la proliferazione cellulare mediante cambiamenti dell'espressione dei geni degli enzimi del sistema delle gliossalasi. Le modulazioni osservate nei livelli di espressione dei geni di GI e GII possono essere dovute fondamentalmente a tre meccanismi principali: 1) presenza di elementi responsivi agli estrogeni presenti nei geni di GI e GII, o agli androgeni, come indicato da studi bioinformatici; 2) presenza di meccanismi di risposta a stress ossidativo indotto dall'ormone; 3) tipologia di recettori per gli estrogeni espressi dalle LNCaP. I risultati suggeriscono il possibile impiego dei livelli di trascritto di GI e GII come marker specifico di proliferazione cellulare e l'applicazione di una terapia adiuvante di tipo antiestrogenico o mediante l'impiego di inibitori dell'aromatasi per i tumori prostatici androgeno-responsivi.

Abstract n. 55 Poster

ACCURATEZZA DIAGNOSTICA DELLA SECONDA AGOBIOPSIA PROSTATCA: VERIFICA SUL CAMPIONE CHIRURGICO DI PROSTATECTOMIA RADICALE

Maffezzini M.[1], Campodonico F.[1], Turbino L.[2], Capponi G.[1], Bandelloni R.[2]
[1]SC Urologia, 2SC Anatomia Patologica, Ospedali Galliera, Genova

Obiettivi: Definire l'accuratezza diagnostica del secondo set di agobiopsie prostatiche.
Materiali e Metodi: Sono stati eseguiti 8 prelievi con modalità sovrapponibili alla procedura standard, sul campione chirurgico di prostatectomia radicale, ovvero, su prostate con diagnosi già ottenuta di adenocarcinoma ed i prelievi sono stati esaminati , in modo cieco, dall'anatomo patologo.
Risultati: Su 31 campioni consecutivi le agobiopsie negative sono state 9 per una quota di falsi negativi del 29%. Non abbiamo osservato correlazione apparente tra stadio patologico di malattia (indice indiretto di volume tumorale) e negatività della biopsia. Il punteggio di Gleason sulle agobiopsie post-operatorie concordava con il punteggio del campione chirurgico in 21 casi su 22 (95%).
Conclusioni: Pur con l'incertezza che una agobiopsia eseguita sul campione chirurgico sia rappresentativa della condizione dell'agobiopsia nel paziente, i nostri dati, ed altri in letteratura, indicano che: 1. La quota di falsi negativi cui l'agobiopsia con 8 prelievi è prona è di un paziente su tre; 2. La quota di falsi

negativi con 8 prelievi è sovrapponibile a quella tipica della tecnica " a sestante"; 3. I pazienti candidati ad una seconda agobiopsia è opportuno che vengano sottoposti ad un numero maggiore di 8 prelievi; 4. La diagnosi di assenza di neoplasia ottenuta con il secondo set di agobiopsie non può essere considerata definitiva.

Bibliografia

1. Campodonico F et al: Arch It Urol Androl 2006 in press.

2. Maffezzini M, et al : Arch Ital Urol Androl 2005;77:106

Abstract n. 56 Poster

TERMOCHEMIOTERAPIA VESCICALE (SYNERGO): STRATEGIE DI OTTIMIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO

Verweij F., Follini M., Matei D.V., Rocco B., Scardino. E., Pedroso E., Pimentel M.. De Cobelli. O.

Divisione di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Introduzione: Il trattamento di ipertermia associato a Mitomicina C (LHT + MMC) con il sistema Synergo® , rappresenta una efficace strategia per la cura e la prevenzione delle recidive nel tumore vescicale superficiale. La terapia con il sistema Synergo comporta il posizionamento di un catetere in vescica , attraverso il quale il farmaco (Mitomicina, MMC) verrà inserito e mantenuto in circolo, mentre una emissione di radiofrequenze aumenta la temperatura della mucosa vescicale: il trattamento viene ottimizzato con il superamento di una temperatura media T > 41 (42 ± 2). Il ciclo di terapia comporta l'esecuzione di 6 - 8 sessioni di induzione settimanali, e sessioni di richiamo (6) ogni 6 settimane circa, per un totale di 12-14 sessioni ditrattamento, ognuno della durata di 60 minuti. Il trattamento ha dimostrato una buona tollerabilità, tuttavia la comparsa di sintomatologia dolorosa e/o spasmi vescicali e/o altri sintomi possono impedire il raggiungimento di temperature ottimali o il completamento dei cicli previsti.
Materiali e Metodi: Sono stati raccolti i dati di 264 sessioni di termochemioterapia in 34 pazienti consecutivi, trattati presso la nostra struttura dal 01.2004 a 06.2006. Si è rilevata la tollerabilità del trattamento e la terapia associata per ottimizzare il raggiungimento di temperature efficaci, minimizzando la eventuale sintomatologia correlata.
Risultati: Sono stati trattati 34 pazienti, 25 dei quali per TCC G3. 2 pazienti sono stati trattati per TCC CIS recidivo dopo precedente terapia. I Pazienti con TCC G1 sono stati trattati quando pluricentrici o plurirecidivi : 22 Pazienti con precedenti TUR (range 1-8), 17 dei quali già trattati con terapia endovescicale (1-4 linee). Il ciclo di induzione è stato completato da 27 pazienti (80%) Durante questa fase (185 sessioni), una terapia medica aggiuntiva (analgesia, antispastici, neurolettici,antiistaminici) durante la sessione è stata necessaria in 36 sessioni /185 (19%), ma solo 3 (8%) pazienti hanno interrotto la terapia per intolleranza alla procedura. Non si sono verificate inerruzioni per intolleranza durante le sessioni di mantenimento (85). 15 sessioni / 85 (17%) hanno necessitato di terapia aggiuntiva come sopra specificata.
Conclusioni: La più frequente ragione di interruzione del trattamento di termochemioterapia durante le sessioni di induzione è rappresentata dalla sintomatologia (3/7 (42%) pazienti). Una terapia associata migliora la tollerabilità e la compliance, e consente di ottenere più alte temperature di trattamento.

Bibliografia

Eur Urol. 2004 Jul;46(1):65-71; discussion 71-2. Preliminary European results of local microwave hyperthermia and chemotherapy treatment in intermediate or high risk superficial transitional cell carcinoma of the bladder. van der Heijden AG, Kiemeney LA, Gofrit ON, Nativ O, Sidi A, Leib Z, Colombo R, Naspro R, Pavone M, Baniel J, Hasner F, Witjes JA.

Abstract n. 57 Poster

GEMCITABINA ENDOVESCICALE SOMMINISTRATA A MASSIMA CONCENTRAZIONE IMMEDIATAMENTE DOPO TUR (LIMITATA O ESTESA) DI TUMORI SUPERFICIALI DELLA VESCICA: STUDIO DI TOLLERABILITÀ E DI FARMACOCINETICA

Campodonico F.[1], Mattioli F.[2], Manfredi V.[2], Capponi G.[1], Canepa G.[1], Mattioli A.[2], Maffezzini M.[1]

[1]*SC Urologia, Ospedale Galliera, Genova;* [2]*Farmacologia Clinica, Università di Genova*

Introduzione: L'instillazione perioperatoria di chemioterapici per via endovescicale è considerata trattamento standard nei tumori di rischio basso-intermedio, mentre il tipo di farmaco da somministrare è opzionale pur nell'ambito dei farmaci più studiati e utilizzati (EAU guidelines 2006). La gemcitabina (GC) ha dimostrato una adeguata efficacia ablativa e profilattica in recenti studi di fase II. Nel nostro lavoro abbiamo impiegato GC alla concentrazione massimale di 40 mg/ml immediatamente dopo TURV valutando la tollerabilità ed i parametri farmacocinetici.
Materiali e Metodi: 9 pazienti con neoplasia vescicale superficiale ricorrente sono stati sottoposti a TURV ed instillazione post-operatoria immediata di 2000 mg di GC in 50 ml di fisiologica. Il catetere è stato chiuso per 60 minuti e successivamente sono state raccolte le urine su cui dosare la GC residua. Le concentrazioni plasmatiche di GC sono state misurate su campioni ematici prelevati a 0,15,30,60,90 e 120 minuti. Le concentrazioni di GC e del suo metabolita 2dFdU sono state valutate con metodica HPLC. Per mimare la pratica clinica e ricavare informazioni realistiche sono stati selezionati 5 pazienti con volume di malattia vescicale esiguo (TUR minima, non oltre 6 ansate) e 4 pazienti con volume maggiore (TUR estesa).
Risultati: L'assorbimento di GC è risultato variabile con picchi di Cmax direttamente correlati all'estensione della TURV. Gli effetti collaterali sono di carattere transitorio e distribuiti in modo omogeneo tra i pazienti. Nella Tabella 1 sono presentati i parametri di farmacocinetica e la tossicità.
Conclusioni: L'instillazione endovescicale perioperatoria di GC alla concentrazione massimale di 40 mg/ml è fattibile e andrebbe presa in considerazione in funzione di ottimizzare il trattamento chemioterapico. Nella pratica clinica la scelta della concentrazione (40 vs 20 mg/ml), fermo restando la dose di 2000 mg, potrebbe essere un parametro da correlare ai fattori di rischio del tumore vescicale.

Abstract n. 58 Comunicazione

VALORE PREDITTIVO DELL'HGPIN NELLA DIAGNOSI DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO

Gallo F.[1], Chiono L.[1], Gastaldi E.[1], Giberti C.[1].

[1]*Dipartimento di Nefrourologia, Ospedale San Paolo, Savona*

Tabella 1.

Pz	n tumori	TUR	Cmax	AUC	t/2 min	Tossicità (grado)
1	1	Minima	0.78	43.82	14	-
2	4	Minima	1.82	135.47	23	1
3	2	Minima	0.43	35.36	14	-
4	1	Minima	2.59	-	-	2
5	1	minima	1.5	99.14	15	-
6	5	Estesa	3.33	263.74	30	2
7	3	Estesa	1.3	82.77	15	1
8	3	Estesa	4.26	345.34	28	1
9	3	Estesa	2.32	214.52	48	-

Introduzione ed Obiettivi: Lo scopo dello studio è di valutare il ruolo dell'HGPIN come valore predittivo di adenocarcinoma prostatico in 56 pazienti con diagnosi di HGPIN sottoposti a rebiopsie multiple.
Metodi: Tra gennaio 2002 e dicembre 2005 sono state eseguite, 1223 biopsie prostatiche transrettali (prese bioptiche tra 12 e 20, media 16) con diagnosi di adenocarcinoma in 404 pazienti (33%) (età media 66.4 ± 6.9, range 49-81) e di HGPIN in 139 pazienti (11.4%) (età media 64.5 ± 8.6, range 49-79). Tra questi ultimi sono stati selezionati 56 pazienti (età media 63.4 ±, range 49-75) con diagnosi di HGPIN e PSA elevato in assenza di altri fattori clinici e strumentali suggestivi di neoplasia prostatica.
Tali pazienti sono stati rebiopsiati dopo 3-12 mesi (I rebiopsia), 13-24 mesi (II rebiopsia), 25-36 mesi (III rebiopsia) e 37-48 mesi (IV rebiopsia) (follow-up medio 28 mesi, range 6-48 mesi). Gli esami istologici relativi a questi pazienti sono stati valutati dallo stesso anatomopatologo.
Risultati: La conferma di HGPIN e la presenza di adenocarcinoma sono state documentate rispettivamente in 26 (46%) e 2 (3.5%) pazienti alla I rebiopsia, 20 (35.7%) e 6 (10.7%) alla II rebiopsia, 14 (25%) e 1 (1.7%) alla III rebiopsia, 12 pazienti (21.4%) e 3 (5.3%) alla IV rebiopsia. I valori medi di PSA prima delle quattro rebiopsie erano rispettivamente 8.7, 7.9, 11.1, e 11.9 ng/ml nel gruppo di pazienti in cui veniva confermata la diagnosi di HGPIN mentre 8.8, 9.5, 10.7 e 10.3 ng/ml nel gruppo di pazienti in cui veniva dimostrato un ADK prostatico. La percentuali di HGPIN multifocali/monofocali alla prima biopsia era 48.8%/51.2% nel gruppo di pazienti in cui veniva confermato HGPIN alle rebiopsie e 50%/50% nel gruppo di pazienti in cui veniva dimostrato un ADK prostatico.
Nel gruppo di pazienti in cui veniva dimostrato un ADK soltanto in 5 pazienti (41.6%) è stato riscontrato un accordo tra lato del HGPIN e lato del tumore.
Conclusioni: Il numero di HGPIN si riduce significativamente dopo rebiopsia. La percentuale di pazienti con HGPIN che hanno presentato successivamente un'adenocarcinoma prostatico è risultata complessivamente del 21.4% con un picco significativo (10.7%) relativo alle rebiopsie eseguite tra 13-24 mesi dalla diagnosi. Non sono stati dimostrati fattori laboratoristici o anatomopatologico che permettano di inquadrare quali pazienti con HGPIN siano a maggior rischio di ADK prostatico.

Abstract n. 60 Poster

LA DOSIMETRIA NON SEMBRA PREDIRE IL CONTROLLO DEL CANCRO PROSTATICO ORGANO CONFINATO DOPO BRACHITERAPIA CON I 125

Chiono L.[1], Schenone M.[1], Cortese P.[1], Gallo F.[1], Giberti C.[1]
[1]Dipartimento di Nefrourologia, Osp. S.Paolo, Savona

Introduzione e Obiettivi: Valutare se esiste la relazione dose-risposta (D90 > 140 Gy probabilità di assenza di fallimento biochimico) nei pazienti con carcinoma prostatico organo confinato trattati con brachiterapia con I 125.
Metodi: Dal 31/05/99 al 31/05/2004 a 100 pazienti è stata praticata brachiterapia con I125 con un follow-up medio di 41.6 mesi (range 19-79). I pazienti erano selezionati secondo i seguenti parametri: T1-T2 clinico, PSA ¡Ü 10 ng/ ml, Gleason Score ≥ 3+3=6, IPSS > 14 ml/sec., peso della prostata < 50 gr. L'impianto era eseguito sotto guida ecografica,con tecnica realtime e semi liberi di I 125, alla dose prescritta di 160 Gy. Dopo 30 giorni è stato praticato il post-planning con TAC pelvica con sezioni di 5 mm ed elaborazione al computer (Varian 7) per la valutazione definitiva della D90. Ogni 3 mesi il primo anno, ogni 6 mesi il secondo anno e annualmente successivamente tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione clinica, dosaggio del PSA, rilevamento del IPSS e IEFF. In caso di fallimento biochimico (ASTRO) era praticata una biopsia transrettale della prostata sotto controllo ecografico. Una D90> di 140 era considerato il cut-off per predire un'assenza di fallimento biochimico
Risultati: Il fallimento biochimico fu riscontrato in 7 pazienti con biopsia prostatica positiva in 4 e negativa in 3. Il cut-off D90> 140 non fu raggiunto al post-planning in 11 pazienti:tuttavia solo 2 di essi ebbero un fallimento biochimico (18.2%). Per contro dei 7 pazienti con fallimento biochimico solo 2 (28.5%) avevano una D90 < 140 Gy e ben 4 una D90 > 150 Gy con biopsia prostatica positiva. Dalla casistica appare inoltre evidente una curva di apprendimento in quanto tutte le D90 < 140 sono state riscontrate nei primi 42 pazienti.
Conclusioni: Il cut-off D90 > 140 nella nostra esperienza non sembra predire in modo attendibile il controllo del carcinoma prostatico dopo brachiterapia. Occorre considerare come limitazioni all'analisi: il numero dei pazienti, la curva di apprendimento, l'elaborazione della dosimetria (possibili errori nella ricostruzione al computer dei contorni TAC a causa della scarsa definizione della loggia prostatica di questa metodica) e il relativo breve follow-up.

Abstract n. 61 Comunicazione

TECNICA, SICUREZZA ED EFFICACIA DELLA BIOPSIA PERCUTANEA DELLE MASSE RENALI: L'ESPERIENZA DEL TORONTO UNIVERSITY HEALTH NETWORK

Volpe A.[1], Kachura J.[2], Evans A.[2], Geddie W.[2], Jewett M.A.S.[2]
[1]S.C. Urologia 3, A.S.O. S. Giovanni Battista, Torino; [2]Dipartimento di Urologia, University Health Network, Toronto, Ontario, Canada

Scopo del Lavoro: Molti tumori renali vengono oggi riscontrati incidentalmente come piccole masse all'ecografia o TC. In ampie casistiche di nefrectomia parziale, il 30% delle masse renali <4 cm rimosse chirurgicamente risultano essere istologicamente benigne. La maggioranza dei piccoli carcinomi renali è di basso grado: in pazienti anziani o con comorbilità significative questi tumori possono essere gestiti con un iniziale periodo di sorveglianza attiva e trattamento dilazionato per quelli che dimostrano una rapida crescita. D'altra parte, piccoli tumori di alto grado richiedono un trattamento immediato. La biopsia percutanea delle masse renali, al fine di ottenere una diagnosi istologica come supporto alle decisioni terapeutiche, non è stata storicamente utilizzata per preoccupazioni a riguardo del rischio di complicanze e di errori di campionamento. Abbiamo analizzato la casistica di biopsie renali eseguite presso lo University Health Network di Toronto (Canada) per valutarne la sicurezza e l'efficacia diagnostica.
Pazienti e Metodi: A partire dal gennaio 2001, 65 biopsie percutanee di masse renali sono state eseguite sotto guida ecografica e/o TC con utilizzo di cannula guida. Un ago da 18 gauge è stato utilizzato per ottenere i campioni bioptici. In 37 casi è stato eseguito un contestuale agoaspirato con ago da 22 gauge. Abbiamo valutato il tasso di complicanze e l'accuratezza diagnostica delle biopsie.
Risultati: 6/65 biopsie (9.2%) hanno causato un modesto sanguinamento che è stato agevolmente controllato con il posizionamento di tamponi emostatici attraverso la cannula guida. Nessun paziente ha ricevuto trasfusioni. Non è stato riscontrato nessun caso di disseminazione tumorale lungo il tragitto dell'ago. 57/65 biopsie (87.7%) sono state diagnostiche. 20 pazienti sono stati sottoposti a nefrectomia parziale o radicale dopo biopsia diagnostica: in tutti questi casi è stata osservata una completa concordanza tra l'istologia della biopsia e l'istologia definitiva. Una massa renale è stata rimossa dopo una biopsia non diagnostica ed è risultata essere un carcinoma renale papillifero.

Conclusioni: Nella nostra esperienza l'agobiopsia percutanea delle masse renali è una procedura sicura ed efficace. La biopsia percutanea dovrebbe avere un ruolo crescente nella diagnostica delle masse renali, in quanto una precisa diagnosi istologica può influire significativamente sulle decisioni terapeutiche, specialmente nel paziente anziano o con comorbilità significative.

Abstract n. 62 Poster

METASTASI TESTICOLARE QUALE RECIDIVA ISOLATA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE PER TUMORE ORGANO CONFINATO

Menchini Fabris F., Campo G., Pomara G., Giannarini G., Morelli G., De Maria M., Selli C.
U.O. Urologia Universitaria Pisa

Introduzione: Le metastasi testicolari sincrone e metacroneda carcinoma prostatico sono rare e solitamente associate ad uno stadio avanzato di malattia . il presente è il primo caso di metastasi testicolare isolata da carcinoma prostatico organo-confinato, diagnosticato 6 mesi dopo prostatectomia radicale e non proceduta né accompagnata da recidiva biognimica o locale.
Case Report: Un uomo di 67 anni si presentò con disuria e tumefazione scrotale.l'esame obiettivo rilevo una massa transilluminabile di consistenza elastica dell' emiscroto sinistro, con testicoli regolari e EDAR positiva a destra.Il PSA totale era di 15,5 ng/ml. L'ecografia scrotale evidenziò una cisti semplice della testa dell'epididimo in assenza di lesioni del didimo. La biopsia prostatica documento carcinoma del lobo destro con G.Score 8.TC addome, Rx torace e scintigrafia ossea esclusero localizzazioni extraprostatiche .Il paziente fu sottoposto a prostatectomia radicale con linfoadenectomia pelvica.L'istologia per macrosezioni documentò un carcinoma bilaterale , intracapsulare, con G.score 8. Il PSA postoperatorio a 1 e 3 mesi era indosabile. A 6 mesi il pasiente si presentò con orchialgia bilaterale. L'ecografia scrotale evidenziò una lesione di 1 cm ipoecogena e ipervascolarizzata al didimo sinistro.. I marcatori di neoplasia testicolare risultarono nei limiti della norma. Fu eseguita una chirurgia testis-sparing . La massa era marrone , ben capsulata,senza aspetto di tessuto maligno, pertanto l'esame estemporaneo non fu eseguito. L istologia rilevò iuna metastasi da carcinoma prostatico. A 12 mesi dalla prostatectomia radicale il paziente è asintomatico e libero da malattia.
Discussione: La peculiarità del presente caso sono : la metastasi testicolare è derivata da un tumore prostatico organo-confinato e non in stadio avanzato; non vi è recidiva biochimica di malattia; nonostante la potenziale aggressività, a 6 mesi dalla chirurgia conservativa , non vi è progressione di malattia.

Abstract n. 63 Poster

CHIRURGIA CONSERVATIVA DEL TESTICOLO NELLE NEOPLASIE A CELLULE DI LEYDIG

Menchini Fabris F., Morelli G., Pomara G., Campo G., Cuttano G., Giannarini G., Selli C.
Urologia Universitaria, Pisa

Introduzione ed Obiettivi: Valutare caratteristiche cliniche, biologiche e follow-up di una serie consecutiva di neoplasie testicolari a cellule di Leydig trattate con chirurgia conservativa.
Metodi: È stata effettuata un'analisi retrospettiva su 16 pazienti operati presso la nostra U.O. per neoplasia testicolare a cellule di Leydig tra maggio 1990 e novembre 2005.
Risultati: L'età media dei pazienti era 44 anni (range 28-55). Sintomi e segni di esordio: ginecomastia in 4/16 pazienti (25%); infertilità in 2/16 pazienti (12%); sospetto alla autopalpazione in 4/16 pazienti (25%); reperto incidentale in 6/16 (38%). L'ecografia testicolare ha evidenziato in tutti i casi massa ipoecogena e ipervascolarizzata con diametro medio di 14.3 mm (range 8-32). In tutti i casi sono risultati nei limiti i valori di β-HCG e α–fetoproteina. In 4/16 casi (25%) la testosteronemia plasmatica era inferiore alla norma e in 2/16 casi (12.5%) l'estradiolo plasmatico era superiore. In tutti i casi è stata effettuata una tumorectomia previo esame istologico estemporaneo. In tutti i pazienti l'esame istologico definitivo ha confermato la diagnosi di neoplasia a cellule di Leydig con caratteristiche di benignità. Ad un follow-up medio di 50 mesi tutti i pazienti sono liberi da recidiva.
Conclusioni: La diagnosi di neoplasia a cellule di Leydig può essere sospettata sulla base delle caratteristiche cliniche, biologiche ed ecografiche. L'esame istologico estemporaneo conferma il sospetto diagnostico e consente di intraprendere una terapia chirurgica conservativa senza rischio oncologico.

Abstract n. 64 Comunicazione

UN CASO DI EMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE DEL PENE

Cecchetti G.[1], Farneti F.[1], Corvino C.[1], Posti A.[1], Iannelli F.[1], Poce R.[1], Rociola W.[1], Fornetti P.[1], Lucaccioni A.[2], Balloni F.[1]
[1]Struttura Complessa Aziendale Urologia, ASL 1 Città di Castello; [2]U.O. Anatomia Patologica -Presidio Ospedaliero Alto Tevere

Introduzione e Obiettivi: L'emangioendotelioma epitelioide (EE) è una neoplasia di origine vascolare a basso grado di malignità dei tessuti molli superficiali o profondi (1). Microscopicamente è caratterizzato dalla proliferazione di cellule endoteliali epiteloidi (CEE), con un infiltrato infiammatorio contenente linfociti ed eosinofili, associata con una piccola struttura arteriosa in cui a volte è riconoscibile un danno parietale; spesso sono presenti CEE endoluminali. All'analisi immunoistoschimica le CEE mostrano una spiccata reattività per CD31, minor reattività per il fattore VIIIrAg ed una minima reattività per CD34 (2). Le casistiche a disposizione, che non superano i 5 anni di follow-up, mostrano un tasso di recidiva locale, di metastatizzazione e di mortalità rispettivamente del 15%, 30% e 15%. Le sedi di diffusione metastatica risultano i linfonodi regionali, polmone, fegato ed ossa. L'eziologia della neoplasia è sconosciuta ed è impossibile predirne il comportamento biologico. Prognosticamente possono essere considerati come fattori negativi sia la percentuale di mitosi che di atipie nucleari. L'EE del pene è una neoplasia rara e con bassa aggressività (3): in letteratura è documentato un caso con metastasi ai linfonodi inguinali e pelvici (4). La gestione ottimale di questa neoplasia consiste nella escissione locale completa seguita da visite periodiche di follow-up per controllare la comparsa di eventuali recidive locali e/o di metastatizzazione a distanza
Metodi: Pz di 67 anni; pregresso intervento di adenomectomia T.V.; ipertensione arteriosa ed iperurucemia.
Il pz riferisce la comparsa di tumefazione nodulare del pene. L'esame obiettivo dimostra, al terzo prossimale dell'asta in posizione dorsale, un nodulo biancastro di circa 1 cm, duro al tatto, ben delimitabile, parzialmente esofitico, non dolente né dolorabile.
Si procede ad escissione locale completa della lesione in anestesia loco-regionale. Il decorso post-operatorio è stato regolare senza complicanze intra e post-operatorie. L'esame istologico, supportato da analisi immunoistochimica, ha dimostrato un EE.
Risultati: Il follow-up prevede controlli trimestrali per i primi 2 anni e poi semestrali, mediante visita, esami ematochimici, ecografia e TC addominale alternativamente ogni 6 mesi e radiografia del torace ogni 12 mesi. Dopo 52 mesi, il pz è libero da recidive locali, linfonodali e a distanza.
Conclusioni: Il caso risulta interessante per la rarità di presentazione e dimostra la bassa morbilità e la buona prognosi che caratterizza il trattamento conservativo dell'EE del pene.

Bibliografia
1. *Elhosseiny AA, Ramaswamy G, Healy RO. Epithelioid emangioendothelioma of penis. Urology. 28(3): 243-5; 1986*
2. *Fetsch JF, Sesterhenn LA, Miettinen M, Davis CJ Jr. Epithelioid hemangioma of the penis: a clinocopathologic and immunohistochemical analysis of 19 cases, with special reference to exuberant examples often confused with epithelioid hemangioendothelioma and epithelioid angiosarcoma. Am J Surg Pathol. 28 (4): 523-33; 2004*
3. *Gutierrez Garcia R, Capdevila Hernandez JM, Pinto Blazquez J, Perez Garcia FJ, Lanzas Prieto JM, Menendez Fernandez CL. Epithelioid hemangioendothelioma of penis. Actas Urol Esp. 28 (10): 771-3;2004*
4. *Kamat AM, Plager C, Tamboli P, Tran N, Pettaway CA. Metastatic epithelioid emangioendothelioma of the penis managed with surgery and interferon-alpha. J Urol. 171 (5): 1886-7; 2004*

Abstract n. 65 Poster

UN CASO DI TRATTAMENTO CONSERVATIVO DI CARCINOMA A PICCOLE CELLULE DELLA VESCICA

Farneti F.[1], Cecchetti G.[1], Corvino C.[1], Posti A.[1], Iannelli F.[1], Fornetti P.[1], Poce R.[1], Rociola W.[1], Lucaccioni A.[2], Balloni F.[1]
[1]Struttura Complessa Aziendale Urologia, ASL 1 Città di Castello; [2]U.O. Anatomia Patologica, Presidio Ospedaliero Alto Tevere

Introduzione e Obiettivi: Il carcinoma vescicale a piccole cellule o neuroendocrino è una neoplasia rara (0,5-1 % dei tumori vescicali) e ad alta aggressività; nel 30-50% si associa a carcinoma transizionale.
La prognosi di questa neoplasia vescicale è infausta. Oltre il 70% di questi pz si presenta alla diagnosi con malattia in fase avanzata (1). La terapia consiste nella cistectomia radicale e chemioterapia neo- o adiuvante; sono descritti pochi casi di trattamento conservativo di successo (2). I tassi di sopravvivenza a 5 anni oscillano tra il 10 e il 25 %, con mortalità intorno al 70 % nei primi 2 anni dalla diagnosi (3).
Metodi: Pz di 55 anni, ex-fumatore da 15 anni (40 sig/die per 23 aa); BPCO; ipertensione arteriosa; IMA nel 1987; by-pass aorto-coronarico nel 2000. A seguito di colica renale con macroematuria, esegue ecografia che evidenziava la presenza di una neoformazione vescicale di circa 2 cm di diametro con piccoli calcoli adesi. Le citologie urinarie risultavano tutte positive per carcinoma indifferenziato. La cistoscopia confermava la presenza di una neoformazione solida della parete postero-laterale sn di circa 2 cm di diametro con fini concrezioni litiasiche.
Il pz è sottoposto a TURB nel Gennaio 2002 con referto istologico di:
1. Parte vegetante: carcinoma neuroendocrino a cellule rotonde infiltrante la tonaca propria della mucosa associato a Cis e Carcinoma uroteliale pTaG1;
2. Base d'impianto: negativa per infiltrazione della tonaca muscolare.
   Per le condizioni generali e il rifiuto del pz ad un intervento di tipo radicale, si procede a trattamento conservativo:
   second-look con referto istologico di frammento di carcinoma neuroendocrino del tessuto connettivo sottoepiteliale
   chemioterapia con cisplatino e gemcitabina, sospesa però per cardiotossicità. Ha quindi iniziato ciclo di instillazioni endovescicali con BCG, sospeso per intolleranza alla 3ª somministrazione.

Nel Luglio 2003, un'ulteriore resezione vescicale per neoformazione millimetrica ha dato come referto istologico una flogosi cronica granulomatosa.
Risultati: Il follow-up è stato condotto con citologie urinarie e cistoscopia ogni 3 mesi, ecografia addominale e Uro-TC alternativamente ogni 6 mesi, Rx-torace e scintigrafia ossea ogni 12 mesi. A 54 mesi il pz risulta libero da malattia in assenza di localizzazioni linfonodali e a distanza.
Conclusioni: Il caso descritto risulta interessante per il lungo periodo di sopravvivenza libero da recidiva e diffusione a distanza con un approccio terapeutico conservativo.

Bibliografia
1. *Bex A, Nieuwenhuijzen JA, Kerst M, Pos F, van Boven H, Meinhardt W, Horenblas S. Small cell carcinoma of the bladder: a single-center prospective study of 25 cases treated in analogy to small cell lung cancer. Urology. 65 (2): 295-9; 2005*
2. *Siefker-Radtke AO, Dinney CP, Abrahams NA, Moran C, Shen Y, Pisters LL, Grossman HB, Swanson DA, Millikan RE. Evidence supporting preoperative chemotherapy for small cell carcinoma of the bladder: a retrospective review of the M.D.Anderson cancer experience. J Urol. 172 (2): 481-4; 2004.*
3. *Trias I, Algaba F, Condom E, Espanol I, Seguí J, Orsola I, Villavicencio H, García del Muro X. Small cell carcinoma of urinary bladder. Presentation of 23 cases and review of 134 published cases. Eur Urol. 39: 85-90; 2001*

Abstract n. 66 Comunicazione

NEOPLASIA PROSTATICA METASTATICA ORMONO-REFRATTARIA: RUOLO PROGNOSTICO DEL PSA IN CORSO DI TRATTAMENTO CON DOCETAXEL

Consoli F.[1], Sava T.[1], Porcaro A.B.[2], Romano A.[3], Ghimenton C.[4], Mandarà M.[1], Merlin F.[1], Pavarana M.[1], Manno P.[1], Cetto G.L.[1]
[1]Oncologia Medica, Verona; [2]Urologia, Ospedale B.go Trento, Verona; [3]Radioterapia, Verona; [4]Anatomia Patologica, Ospedale B.go Trento, Verona

Il Docetaxel, con o senza Estramustina, migliora la sopravvivenza e la qualità della vita nei pazienti con neoplasia prostatica metastatica ormono-refrattaria (mHRPC). Non è però ancora noto quale sia la durata ottimale della chemioterapia e spesso il PSA (Antigene Prostatico Specifico) è il principale indice di risposta monitorato in corso di trattamento con Docetaxel. Abbiamo valutato 25 pazienti mHRPC trattati consecutivamente con Docetaxel (+/- Estramustina) in prima linea, presso il nostro Istituto; è stata quindi analizzata la risposta del PSA, ed in particolare il tempo di declino (PSAHI) dello stesso, e correlata con i classici fattori prognostici, con la risposta clinica e il tempo a progressione (TTP). Il PSAHI è stato calcolato comparando il valore basale di PSA (il giorno precedente il primo ciclo di Docetaxel) con quello raggiunto dopo 21, 42, 63 e 84 giorni (dopo 1, 2, 3 e 4 cicli) per ciascun paziente: il valore mediano è stato poi correlato tra tutti i pazienti. Il trattamento chemioterapico è stato proseguito sino a progressione di malattia oppure sino alla migliore risposta radiologica o biochimica. L'età mediana dei pazienti è stata di 65 (48-78) anni; il PSA basale mediano era di 26 (4-722) mg/L e il PSA Doubling Time (PSADT) mediano pre-trattamento era inferiore a 3 mesi (1-8). Una mediana di 6 (3-13) cicli sono stati eseguiti. Una risposta parziale è stata ottenuta in 12 pazienti (48%); il TTP mediano è risultato essere di 6 (1-11) mesi. L'età, le sedi metastatiche (solo osso versus metastasi viscerali), il valore basale di PSA ed il PSADT non sono risultati essere valori predittivi di PSAHI, risposta e TTP. Il PSAHT mediano è risultato di 1.4 (0.22-22) ed è risultato significativamente correlato alla risposta ed al TTP. Pazienti con PSAHT inferiore a 1, tra 1 e 2 e superiore a 2 hanno ottenuto rispettivamente un TTP mediano di 1, 6 e 8 mesi. Tra i 4 PSAHI analizzati (dopo 21, 42, 63 e 84 giorni dall'inizio del trattamento), quello calcolato prima del 4 ciclo (63-PSAHI) è risultato statisticamente correlato alla risposta ed al TTP.
Conclusioni: nonostante la limitatezza della casistica, il PSAHI sembra correlarsi positivamente sia alla risposta che al TTP nei pazienti in trattamento con Docetaxel per mHRPC, indipendentemente dai classici fattori prognostici. Sia il PSAHI mediano che quello dopo 63 giorni meritano pertanto di essere ulteriormente indagati al fine di predire precocemente quali pazienti con mHRPC necessitano di proseguire il trattamento con Docetaxel e quali invece hanno bisogno di un trattamento differente.

Abstract n. 67 Poster

CISTECTOMIA SEX-SPARING CON RIMOZIONE COMPLETA DELLA PROSTATA

P. Puppo, C.Introini, A Naselli, F. Bertolotto, L. Timossi
Istituto Tumori di Genova

Introduzione e Obiettivi: La cistectomia radicale precoce è considerata il trattamento ottimale per neoplasie vescicali superficiali ad alto rischio di progressione L'intervento però ha un notevole impatto negativo sulla qualità di vita di questi pazienti generalmente giovani e sessualmente attivi. Scopo dello studio è la descrizione di una variante della tradizionale cistectomia che sia allo stesso modo oncologicamente radicale e preservi il più possibile la funzione urinaria e sessuale. La tecnica da noi descritta prevede la rimozione del blocco vescico-prostatico (zona periferica + transizionale) risparmiando le vescicole seminali e i fasci vascolo-nervosi (sex-sparing). A differenza di altre varianti che prevedono il risparmio di parti più o meno estese di parenchima prostatico con questo metodo si esegue una prostatectomia totale che definiamo "intrafasciale".
Metodi: Dal settembre 2004 all'ottobre 2005 sono state eseguite 7 cistectomie sex-sparing (4 T1G3, 1 T1G3 con Cis, 1 con ricorrenti T1G2, 1 con TBC vescicale ed ematuria). L'età dei pazienti variava da 52 a 66 aa. La funzione erettile era conservata ed il PSA pre-operatorio < 3 ng/ml. La cistectomia radicale con risparmio delle vescicole seminali avviene per via combinata anterograda-retrograda. La via anterograda prevede la creazione di un piano di clivaggio che inizia cranialmente tra la superficie anteriore delle vescicole seminali (foglietto anteriore della fascia di Denonvilliers) e la parete posteriore della vescica e termina caudalmente in corrispondenza della base prostatica (nel punto in cui i dotti eiaculatori raggiungono il parenchima prostatico).
La via retrograda inizia subito dopo la sezione dell'uretra prostato-membranosa da dove si ricava un piano anatomo-chirurgico intrafasciale che dal m. retto-uretrale (che viene conservato) va a congiungersi posteriormente al piano precedentemente isolato al livello dei dotti eiaculatori.
Risultati: Degenza media 16 giorni (range 14 – 19gg).Nessuna complicanza intra o postoperatoria di rilievo . L'istologico definitivo ha confermato la valutazione pre-operatoria sia per stadio che per grading. Tutti i casi erano N0. Nessun carcinoma prostatico incidentale.
Dopo 7 mesi di follow-up tutti i pazienti sono perfettamente continenti La funzione erettile è sovrapponibile a quella pre-operatoria in 5 pz (71,4%), in 2 pz (28,6%) è necessaria l'assunzione di inibitori della PDE5 per la penetrazione vaginale. Il PSA post operatorio è < a 0,02 ng/ml in tutti i pazienti.
Conclusioni: Questa tecnica ha il vantaggio di rimuovere in toto la ghiandola prostatica (azzeramento del PSA) e la vescica salvaguardando i fasci vascolo-nervosi e di consentire il confezionamento dell'anastomosi con il moncone uretrale senza tessuto prostatico ch può causare ritenzione urinaria a lungo termine.

Abstract n. 68 Poster

MARROW INVOLVEMENT IN PROSTATE CANCER: A CASE REPORT

Morelli F.[1], Palomba G.1, Aieta M.[1], Di Micco C.[1], Bisceglia M.[2], Ricci Barbini V.[3], Cascavilla N.[4], Maiello E.[1]
[1]Oncology Unit; [2]Pathology Unit; [3]Urology Unit; [4]Haematology Unit IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo

Introduction: The haematopoietic dysfunction in cancer patients represents a widely disparate group of clinical conditions. A diffuse marrow involvement with tumours can lead to fibrosis or necrosis which may be associated with thrombocytopenia, anemia and splenomegaly. Recently, a survey reported in 46 adult age cases, bone marrow metastasis. Primary tumours of this series were as follows: prostate 22 cases, breast 13, lung 5, colon 4 .
Case report: A 58 year old man presented to our Institution with dyspnea, fatigue, diffuse bone pain. He was previously treated by maximum androgen blockade and zolendronic acid for prostatic adenocarcinoma with lung and bone metastasis. We suspected a metastatic bone marrow involvement on the basis of clinical findings: platelets=14.000 mL, Hgb=6,2 gr% and D-Dimers=1178 mg%. Therefore, a bone marrow aspiration and biopsy were performed. We documented an extensive marrow infiltration by prostatic carcinoma and fibrosis (positive immunochemistry for PSAP). Before cytotoxic chemotherapy trasfused red blood cells and platelets. We started a treatment with docetaxel 30 mg/mq weekly. Recovery of blood counts was evident after 3 cycles (21 days). In the following cycles docetaxel was administrated every 3 weeks with a dose of 75 mg/mq. The PSA decreased from 136 to 114 after 5 cycles. A bone marrow aspiration performed after 4 months demonstrated a bone sclerosis without neoplastic involvement. The patient died of a progressive respiratory insufficiency in relation to lung progression disease. Conclusions: Bone marrow involvement by tumors can compromize physiologic reserve of true stem cells and more mature progenitor cells. In this case, docetaxel reduced platelets and red blood cell transfusions with a significati improvement in patient assessed quality of life indicators. Platelets and red blood cell transfusions coupled with treatment of the underlying disease remain the mainstay of therapy for such extensive marrow infiltrative conditions.

References

1. Ramazan S, Suleyman D, Alper S et al Metatstatic bone marrow tumours: a report of six cases and review of the literature, Haematologia (Budap) 31, 3: 215-223. 2001
2. Kiraly JF, Wheby MS Bone mattow necrosis, Am J Med 60: 361-5. 1976
3. Beutler E Platelet transusion: the 20000/ml trigger Blood 81: 1141-4; 1993

Abstract n. 69 Poster

PENILE CARCINOMA: MONO-INSTITUTIONAL EXPERIENCE

Morelli F.[1], Nanni L.[1], Di Noia D.[2], Sebastio N.[2], Ricci Barbini E.[2], Ricci Barbini V.[2], Maiello E.[1]
[1]Oncology Unit 2Urology Unit, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo

Introduction: In the western countries penile carcinoma is an uncommon malignancy that represents only 0,4-0,6% of all male malignancies and 2% to 4% of genito-urinary neoplastic diseases. Of all penile cancers, 30% are diagnosed with advanced disease.
Matherials and methods >From November 1996 to September at our Institution, 18 patients (pts) >had undergone surgical therapy for T1-3 squamous cell carcinoma of the penis. All pts initially presented with bilateral impalpable lymphnodes.
Results: All pts underwent to partial penectomy. A lymphadenectomy of the ipsilateral groin was performed in 7 pts with palpable nodes. After a median follow up of 55 months (range 7-114), 13 pts are alive and 2 are alive with metastatic disease. Seven pts experienced a local disease recurrence after a median time of 6 months (range 4-8) and underwent to total penectomy.. Three pts were treated with chemotherapy (cisplatin and infusional 5-FU) for a metastatic disease.
Conclusions: The rarity and paucity of well designed clinical studies of medical and or surgical therapy for advanced penile cancer have hampered progress in the treatment of this disease. A relevant aim is optimizing the selection of the pts who could really have the highest survival advantage from early inguinal lymphadenectomy with a nomogram to predict the probability of metastatic lymph-node involvement.

References
1. Kroon BK, Horenblas S, Lont AP et al Patients with penile carcinoma benefit from immediate resection of clinically occult lymphnode metastasis, J Urol 173, 3: 816-819; 2005
2. Ficarra V, Zattoni F, Artibani W et al. Nomogram predictive of pathological inguinal lymphnode involvement in patients with squamous cell carcinoma of the penis, J Urol 175, 5: 1700-5. 2006
3. Culkin DJ and Beer TM. Advanced penile carcinoma, J Urol 170, 2: 359-365, 2003

Abstract n. 70 Poster

ESPRESSIONE ED ATTIVAZIONE DI EPIDERMAL GROWTH FACTOR (EGFR) NEI TUMORI TESTICOLARI

Toncini C.[1], Sola S.[2], Ninotta G.[3], Ruggiero G.[3], Gaggero G.[4], Fornarini G.[5] e Corbu C.[3]
[1]Struttura Complessa Anatomia Patologica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova; [2]Struttura Complessa Anatomia ed Isto-citopatologia, Azienda Ospedaliera Santa Corona, Pietra Ligure (Savona); [3]Clinica Urologica, Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova; [4]Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Morfologiche e Metodologie Integrate (Di.C.M.I.), Sezione di Anatomia e Istologia Patologica, Università di Genova; [5]Struttura Complessa di Oncologia Medica, Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

Introduzione e Obiettivi: L'Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR), quale fattore prognostico e/o correlato ad eventuali target therapy, è stato ampiamente indagato a livello di neoplasie di varie sedi, in particolare mammella, polmone e intestino, ma non ancora nei tumori del testicolo.
Ne abbiamo pertanto valutato l'espressione e l'attivazione in 55 tumori testicolari primitivi pervenuti alla nostra osservazione nel periodo compreso tra Gennaio 2000 e Dicembre 2004 e abbiamo poi correlato il risultato con l'istotipo, la stadiazione patologica e il follow up degli stessi tumori.
Metodi: Dopo adeguato campionamento della neoplasia e fissazione dei prelievi in formalina, l'EGFR è stato evidenziato mediante indagini immunoistochimiche con immunocoloritore automatizzato e sistema di rilevazione streptavidina-biotina coniugata con perossidasi. La valutazione effettuata nel nostro studio è stata di positività/negatività di membrana di tale anticorpo. I tumori sono stati suddivisi secondo la classificazione OMS 2004 e comprendono 42 tumori a cellule germinali (28 puri e 14 misti), 7 tumori a cellule di Leydig, 5 tumori ematopoietici e 1 tumore adenomatode. La stadiazione patologica è stata effettuata secondo i criteri dell'UICC 2002. Tutti i casi sono stati controllati con follow up sino al Giugno 2005.
Risultati: Dal nostro studio emerge che l'EGFR nei tumori del testicolo è indipendente dalla stadiazione patologica e dall'esito del follow up. Occorre invece evidenziare che: 1) le lesioni tumorali benigne, ovvero il tumore adenomatode e 6 tumori di Leydig su 7, sono EGFR positivi; 2) le neoplasie intratubulari a cellule germinali non classificate (IGCNU), eventualmente associate ai tumori a cellule germinali, sono EGFR negative; 3) i tumori a cellule germinali sono EGFR negativi eccettuate le componenti epiteliali ben differenziate, mature, microcistiche dei teratomi e le strutture microcistiche dei tumori del sacco vitellino, nonché le cellule sinciziotrofoblastiche; 4) i seminomi puri sono EGFR negativi; 5) i carcinomi embrionali puri sono EGFR negativi; 6) i linfomi e il mieloma sono EGFR negativi.
Conclusioni: Nei tumori testicolari da noi valutati sono emerse significative correlazioni tra l'EGFR e l'istotipo neoplastico. Le correlazioni evidenziate sono peraltro inaspettate, soprattutto se confrontate con tumori di altre sedi. Nel nostro studio si è infatti evidenziato che anche i tumori benigni come quelli a cellule di Leydig sono EGFR positivi, mentre i tumori a cellule germinali, biologicamente e soprattutto morfologicamente più maligni, come ad esempio i carcinomi embrionali, sono EGFR negativi. La negatività dell'EGFR in tali tumori è comunque confortata nella nostra indagine anche dalla netta negatività di tale reperto nelle IGCNU, spesso localizzate nel tessuto didimario adiacente ai tumori da noi valutati. E' inoltre assai importante rilevare che nell'ambito dei teratomi le aree EGFR positive sono risultate quelle epiteliali mature e ben differenziate che, a fronte di una morfologia apparentemente non aggressiva, posseggono spesso capacità molto elevata sia di metastatizzazione che di resistenza alla terapia. Proprio la positività dell'EGFR nell'ambito di una componente neoplastica spesso refrattaria alla terapia, come quella teratomatosa matura, appare un reperto di per sé meritevole di ulteriori approfondimenti per eventuali target therapy correlate.

Bibliografia
Moroni M, Veronese S, Schiavo R, Carminati O, Sorensen Boe S, Gambacorta M, Siena S. Epidermal growth factor receptor expression and activation in nonseminomatous germ cell tumors. Clin. Cancer Research vol. 7. 2770-2775, 2001

Abstract n. 71 Poster

LA RISONANANZA MAGNETICA NUCLEARE (MR) CON BOBINA ENDORETTALE E ANALISI SPETTROSCOPICA (MRS) NELLA VALUTAZIONE DEL CANCRO PROSTATICO

Milan G.L.[1], Cucchiarale G.[1], Liberale F.[1], Graziano M.E.[1], Varvello F.[1], Petracchini M.[2], Cirillo S.[2], Ferrando U.[1]
[1]Urologia 3 Ospedale San Giovanni Battista, Torino; [2]Radiologia IRCC, Candiolo (TO)

Introduzione ed Obiettivi: La MR con bobina endorettale associata all'analisi spettroscopica (MRS) consente di valutare in "vivo" e in modo non invasivo il comportamento di alcune biomolecole presenti a livello prostatico quali il citrato (normale morfologia e funzione ghiandolare) e la colina (indicativo di proliferazione cellulare e di alterazione delle membrane cellulari). In condizioni normali il rapporto tra i due metaboliti risulta conservato e rappresentato dal picco del citrato nettamente superiore a quello della colina; in caso di neoplasia prostatica tale rapporto è invertito con valori della colina superiore a quelli del citrato. La combinazione della MR con Spettroscopia (MRS) si è dimostrata utile come guida nell'identificazione di carcinoma prostatico (CaP) in corso di re-biopsie. Inoltre, tale procedura risulta interessante nella stadiazione pre-operaroria nei pazienti con CaP indirizzati verso interventi chirurgici nerve sparing (NS) e non. Presentiamo la nostra casistica confrontando i risultati della MRS nella individuazione e localizzazione delle neoplasie prostatiche con i rilievi anatomo-patologici.
Metodi: Tra il giugno 2005 e l'aprile 2006, 30 pazienti con CaP clinicamente localizzato sono stati valutati pre-operatoriamente con tale tecnica, almeno 40 giorni dopo l'esecuzione delle biopsie prostatiche. Età media: 64 aa (range 52-75 aa). PSA medio pre-operatorio: 6,5 ng/ml (range 1,9-18 ng/ml). I risultati della MRS sono stati correlati con quelli della stadiazione patologica in modo da definirne l'accuratezza globale della metodica (confronto tra interessamento capsulare, apicale e vescicolare). Un secondo gruppo di 8 pazienti (età media 67 anni) con persistenza di valori elevati di PSA (medio di 7,5 ng/ml) e già sottoposti a precedenti biopsie prostatiche sono stati valutati, prima della re-biopsia, con la MRS al fine di correlare il dato istopatologico con il rilievo radiologico.
Risultati: 16 pazienti a basso rischio sono stati sottoposti a prostatectomia radicale (RP NS). In 14 pazienti lo studio pre-operatorio con MRS risultava negativo per infiltrazione capsulare o vescicolare, mentre in due pazienti riscontrava un interessamento apicale. 14 dei 16 pazienti sono risultati di stadio patologico T2a-c (Gleason score 6-7). Di questi 12 possedevano

margini chirurgici negativi. 2 pazienti risultavano pT3a. L'interessamento capsulare era presente in 3 pazienti, mentre il margine apicale risultava positivo in 2.
14 pazienti sono stati sottoposti a RP extraponeurotica. In 9 pazienti la MRS segnalava un'infiltrazione capsulare o vescicolare che era confermato in 5 pazienti. Dei 6 pazienti con diagnosi radiologica di malattia intracapsulare 5 risultavano di stadio patologico T2a-c, mentre 1 risultava pT4. Degli 8 pazienti sottoposti a re-biopsia sulla guida della MRS 3 risultavano positivi per CaP e in 2 vi era corrispondenza tra la sede della neoplasia sospettata dall'indagine radiologica e il referto istopatologico.
Conclusioni: In questa preliminare esperienza la MRS si è dimostrata una metodica efficace nel rilevare le neoplasie prostatiche intracapsulari nei pazienti candidati alla RP NS bilaterale. Inoltre, in caso di re-biopsia questo strumento offre una miglior guida nell'indirizzare prelievi bioptici multipli in aree prostatiche con maggior probabilità di riscontrare CaP.

Abstract n. 72 Comunicazione Selezionata

DETERMINANTI MOLECOLARI PREDITTIVI DI RISPOSTA AL TRATTAMENTO INTRAVESCICALE CON GEMCITABINA PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA DELLA VESCICA SUPERFICIALE

Spitaleri G.[1], Curigliano G.[1], de Braud F.[1], Verweij F.[2], Mey V.[3], Matei V.[2], Rocco B.[2], Follini M.L.[2], Scardino E.[2], Danesi R.[3], De Cobelli O.[2]
[1]Unità di Farmacologia Clinica e Sviluppo Nuovi Farmaci, Istituto Europeo di Oncologia Milano; [2]Divisione di Urologia Istituto Europeo di Oncologia Milano; [3]Divisione di Farmacologia e Chemioterapia, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Pisa, Facoltà di Medicina e Chirurgia

Introduzione e Obiettivi: Lo scopo di questo studio è quello di determinare la correlazione tra la risposta patologica al trattamento intravescicale con gemcitabina e l'espressione genica degli enzimi responsabili del metabolismo del farmaco nei campioni tissutali di carcinoma della vescica : la deossicitidina kinasi (dCK), deossicitidina deaminasi (CdA), endo-5'-nucleotidasi (5'-NT), le subunità M1 e M2 della ribonucleotide reduttasi (RR) e dei human concentrative and equilibrative nucleoside transporter (hCNT1 and hENT1).
Metodi: I pazienti con diagnosi istologica di carcinoma della vescica superficiale (stadio Ta, T1, G1 multifocale e/o recidivante e/o > 3 cm, o G2-G3) sono sottoposti a resezione transuretrale (TUR) di tutte le lesioni tumorali con risparmio della lesione marker (LM). I pazienti ricevono successivamente un ciclo di somministrazione di gemcitabina endovescicale (sei instillazioni settimanali di gemcitabina 2000 mg della durata di 60' seguite da due settimane di riposo). Alla fine del ciclo si valuta la risposta della LM con TUR. L'espressione genica di dCK, CdA, 5'-NT, RR, hCNT1, hENT1 viene valutata su mRNA estratto dalle cellule tumorali mediante real time-polymerase chain reaction(RT-PCR).
Risultati: Dall'aprile 2004 a luglio 2006 sono stati arruolati 40 pazienti con carcinoma della vescica superficiale. I pazienti sono stati sottoposti a 173/186 instillationi (media 5,6, range 0-6). La durata delle instillazioni per paziente è stata di 286,4 minuti (media 47.74 per instillazione, range 0-60). Undici risposte complete patologiche della ML sono state osservate nei 29 pazienti valutabili. I pazienti valutabili per fattori predittivi di farmacogenomica sono 24: sette con remissione patologica e diciasette con stabilità di malattia. Nei pazienti con risposta patologica alla gemcitabina si è osservata una elevata espressione di dCK (mediana 1.021) e bassi livelli di RRM2 (valore mediano 0.778), rispetto ai pazienti non responsivi al trattamento. Il rapporto calcolato dell'espressione dCKhENT/RR è un fattore potenziale farmacogenetico predittivo di risposta patologica al trattamento (p=0.0015).
Conclusioni: Nel nostro studio si è dimostrato come alti livelli di espressione genica di un enzima attivante il farmaco (dCK) e bassi livelli di enzima inattivante (RRM2) possono essere considerati fattori predittivi di risposta al trattamento. Il rapporto calcolato dell'espressione dCKhENT/RR è un fattore potenziale farmacogenetico predittivo di risposta patologica alla gemcitabina endovescicale.

Bibliografia
1. *Wong ML, Mediano JF. Biotechniques. 2005 Jul;39(1):75-85*
2. *Giovannetti E, Mey V, Nannizzi S, Pasqualetti G, Marini L, Del Tacca M, Danesi R. Pharmacogenomics J. 2004;4(5):307-14*
3. *Gardmark T, Carringer M, Beckman E, Malmstrom PU. Urology. 2005 Sep;66(3):527-30*

Abstract n. 73 Comunicazione

INDUCTION OF GNRH RECEPTOR EXPRESSION BY A GNRH AGONIST, HORMONES, ANTI-HORMONES AND GROWTH FACTORS IN HUMAN PROSTATE CANCER CELLS

Angelucci C., Lama G., Iacopino F., Urbano R., [1]Bono A.V., Sica G.
Istituto di Istologia ed Embriologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; [1]Divisione di Urologia, Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Varese

Introduction: We have previously reported that GnRH receptor (GnRH-R), evaluated by immunocytochemistry, is expressed both in the cytoplasm and on the plasma membrane of androgen-sensitive (LNCaP) and -insensitive (PC-3) prostate cancer cells. We have also observed the effectiveness of Dihydrotestosterone (DHT) and of the anti-androgen Cyproterone acetate (CA) in enhancing GnRH-R immunoreactivity in LNCaP cells.
Objectives: In the present study, we investigated by immunoblotting, in LNCaP cells, the effect of a GnRH agonist (Leuprorelin acetate, LA), DHT and CA on GnRH-R protein expression at the plasma membrane level. We also studied the ability of LA and Epidermal Growth Factor (EGF) in modulating GnRH-R protein level in the membrane fraction of PC-3 cells.
Methods: LNCaP cells were exposed to LA (0.01 or 1000 nM) and DHT (1 nM), alone or associated, for 96 and 144 h. Cells were also treated with CA (100 nM), alone or combined with DHT. PC-3 cells were exposed to LA (0.01 or 1000 nM), EGF (10 ng/ml) or both, for 96 and 144 h. Membrane fraction was then isolated and GnRH-R protein expression evaluated by Western blot analysis.
Results: In LNCaP cells both concentrations of LA produced an increase (21-30%) in GnRH-R level after 96 h. A more pronounced up-regulation (66%) was obtained with the exposure to DHT. The combination LA/DHT did not determine an enhancement in receptor level higher than that observed with the single agents. After 144 h, the LA- and DHT-induced up-regulation of the receptor reached about 90% and 119% compared to control, respectively. Once again, LA/DHT association gave effects which did not significantly differ from those induced by LA or DHT alone. The effect of CA was always superimposable to that produced by DHT. The activity of CA/DHT combination was never significantly different from that of the single agents.
Low levels of GnRH-R expression were seen in androgen-independent PC-3 cells. Also in this model LA up-regulated GnRH-R expression after 96 (23-55%) and 144 h (71-91%) regardless to the concentration used. EGF slightly enhanced GnRH-R levels (24 %) after 96 h, while a prolonged treatment (144 h) determined a strong increase (113%). LA/EGF activi-

ty was not significantly different from that of the single agents after 96 h. On the other hand, a greater interference seemed to occur between LA and EGF extending the treatment until 144 h, since GnRH-R up-regulation was significantly lower than that induced by EGF alone.

Conclusions: Our results might provide a new insight into the molecular mechanisms responsible for the direct activity of GnRH in extrapituitary tissues. The LA-promoted enhancement of GnRH-R may be a prerequisite for the antimitogenic and/or proapoptotic efficacy of the analogue in prostate cancer cells and may support its role as a differentiating agent. The effectiveness of the analogue in counterbalancing DHT and EGF activity suggests the existence of a cross-talk between their respective pathways. In particular, LA ability of counteracting the mitogenic activity that EGF exhibits in androgen-independent prostate cancer cells may be linked to such interference that bears out the therapeutic usefulness of the analogue in hormone refractory malignancies whose growth and progression are intimately dependent on growth factor-activated signaling.

Supported by a grant from Takeda Italia Farmaceutici S.p.A.

Abstract n. 74 Poster

OSTEOSARCOMA PRIMITIVO RENALE. DESCRIZIONE DI UN RARO CASO

Milesi C.[1], Pomara G.[1], Simone M.[1], Casale P.[1], Leonetti C.[1], Menchini-Fabris F.[1], Evangelisti S.[1], Francesca F.[1]
[1]*U.O. Urologia SSN, Ospedale S. Chiara, Pisa*

Introduzione: L' Osteosarcoma primitivo renale è un tumore urologico estremamente raro. La revisione della letteratura inglese ha permesso di identificare circa 30 casi descritti a partire dal primo report del 1936. il trattamento chirurgico radicale associato ad una polichemoterapia sistemica costituiscono ad oggi il trattamento di scelta.

Caso clinico: Donna di 71 anni si presentava alla nostra osservazione per algia fianco sinistra resistente a terapia medica. L'esame obiettivo locale evidenziava massa renale palpabile, mobile con gli atti del respiro. L'etg addominale evidenziava voluminosa formazione calcifica in ipocondrio sinistra. La Tc addominale confermava la presenza di lesione cistica renale sinistra a densità disomogenea, di circa 9 cm di diametro massimo che sostituiva quasi completamente il parenchima renale, a pareti esterne regolari e piccoli setti parziali interni. La massa dislocava ma non infiltrava la via escretrice renale. Posteriormente alla formazione, senza piano di clivaggio dalla stessa, si evidenziava lesione di aspetto calcifico di circa 4 cm. Funzionalità renale conservata, assenza di idronefrosi. Nella norma il rene controlaterale. Gli approfondimenti infettivologici escludevano presenza di infezione e/o infestazione. La pz veniva sottoposta a nefrectomia radicale con accesso lombotomico con resezione parziale del colon discendente che appariva infiltrato dalla lesione stessa. L'istologia definitiva deponeva per "Osteosarcoma extra-scheletrico di alto grado infiltrante il tessuto perirenale ed il tessuto pericolico."

Discussione: Con soli trenta casi riportati in letteratura l'osteosarcoma renale costituisce un tumore renale estremamente raro. La diagnosi viene spesso posta quando la malattia è in stadio avanzato, e la prognosi è spesso infausta. Radiologicamente l'apetto di calcificazioni bizzarre ma aspecifiche è l'elemento più caratteristico. L'ipotesi eziopatogenetica più accreditata vuole sconosciuta l'atipia della localizzazione primitiva renale è stata associata ad una probabile metaplasia di tessuti embrionali mesenchimali primitivi. Non esiste ad oggi un'approccio univoco. La chirurgia radicale associata ad una polichemoterapia sistemica sembra essere l'approccio migliore.

Abstract n. 75 Poster

"SATURATION BIOPSY" E CARCINOMA PROSTATICO

Pomara G.[1], Simone M.[1], Fontana L.[1], Casale P.[1], Milesi C.[1], Menchini-Fabris F.[1], Evangelisti S.[1], Francesca F.
[1]*U.O. Urologia SSN, Ospedale S. Chiara, Pisa*

Introduzione: Il mapping prostatico bioptico rimane da considerare il Gold Standard per la diagnosi di carcinoma prostatico. La detection-rate varia sia in funzione del numero di prelievi bioptici, del rapporto dimensioni della prostata/n prelievi, del numero dei mapping prostatici già effettuati. Scopo dello studio è stato quello di verificare l'utilità nella pratica clinica della "Saturation Biopsy" nella diagnosi di adenocarcinoma prostatico in pazienti con almeno una precedente biopsia negativa.

Materiali e Metodi: Tra Novembre 2004 e Novembre 2005 sono state portate a termine 27 Saturation Biopsy. Età media 64 (range 47-75), PSA medio 10.6 ng/mL (range 3.9 - 25.4). Tutti i pazienti avevano già eseguito almeno un mapping prostatico al momento della procedura (range mapping effettuati1-3). Il numero di prelievi mediano per procedura è stato di 29 (range 22-45). I risultati sono stati stratificati in funzione di:
a) PSA tot. (<4 ng/mL; 4-10 ng/mL; >10 ng/mL)
b) Volume prostatico in mL (<30 mL; 30-50 mL; >50 mL)
c) Numero core bioptici

Risultati: Le complicanze più frequenti direttamente correlabili alla procedura sono state: macroematuria, disuria, RAU, anemizzazione grave. La Saturation Biopsy ha permesso di diagnosticare un tumore prostatico in 8 pz, con una detection rate globale del 29.6% (8/27). La detection rate, stratificata in funzione del numero di biopsie in precedenza effettuate, è stata:
a) 1 bx prima della Saturation: 37.5% (3/8)
b) 2 bx prima della Saturation: 27.7% (5/18)
c) 3 bx prima della Saturation: nessun tumore diagnosticato
La maggioranza delle biopsie positive è stata registrata nei pz con PSA superiore a 10 ng (6/28). L'aumento del numero dei prelievi in funzione della dimensione della ghiandola prostatica rende sovrapponibili i risultati di Detection rate: 3pz positivi (dimensioni prostata < 30cc) vs 4 pz positivi (dimensioni prostata > 50cc).

Conclusioni: Con una detection rate complessiva del 29.6%, la Saturation Biopsy conferma a nostro avviso la sua utilità nella diagnosi di CaP in pz con precedenti biopsie negative. Il 37.5% di Detection Rate dopo 1 solo mapping precedente è sovrapponibile alla % di re-biopsia standard (12-14 prelievi) riportata in letteratura Si conferma la riduzione progressiva della probabilità di diagnosi all'aumentare dei mapping prostatici già eseguiti, anche se il 27.7% di positività dopo 2 precedenti biopsie si può ritenere un risultato soddisfacente.

Abstract n. 76 Comunicazione

ADENOCARCINOMA PROSTATICO INCIDENTALE T1A. COSA FARE?

Simone M.[1], Pomara G., Casale P.[1], Milesi C.[1], Fontana L.[1], Evangelisti S.[1], Menchini-Fabris F.[1], Francesca F.[1]
[1]*U.O. Urologia SSN " Ospedale S. Chiara" Pisa*

Introduzione: Il trattamento del carcinoma prostatico (CaP) incidentale è ancora oggi non univoco. È ben noto che i pazienti con CaP di stadio clinico T1a dopo resezione transuretrale (TURP: <5% di tessuto resecato positivo per neoplasia) e Gleason score < 7 (A1 sec. ASS) presentano rischio di progressione a 4 anni del 2%, mentre esso sale al 33% in CaP incidentali di stadio T1b (>5% di tessuto resecato positivo per neoplasia). Diventa quindi di fondamentale importanza escludere la possibilità di CaP residuo dopo il primo intervento dal momento che, in caso contrario, il paziente si troverebbe nella categoria T1b. Scopo dello studio è stato quello di confronta-

re TURP (re-TURP) e mapping bioptico (BxP), relativamente a "detection rate" di malattia residua dopo il primo intervento.
Materiali e metodi: Tra il Gennaio 1997 ed il Gennaio 2006, in 50 pazienti sottoposti a TURP, è stata posta diagnosi di CaP T1a. Il PSA totale medio prima dell'intervento era 5.25 ng/ml (range = 0.6 - 17 ng/ml). A tre mesi dal primo intervento tutti i pazienti sono stati sottoposti a dosaggio del PSA, mapping bioptico e quindi a TURP second-look del tessuto prostatico residuo.
Risultati: Il PSA medio, dopo il primo intervento, era 1.35 ng/ml (range 0 - 4.02). Venti pazienti (40%) [PSA medio 1.19 (range 0.4 - 4.02)] hanno mostrato malattia residua e sono stati quindi sottoposti a trattamento terapeutico che, a seconda dei casi, ha previsto la prostatectomia radicale o il BAT. Di questi, 7 pazienti (14%) presentavano sia re-TURP che BxP positive; 7 pazienti (14%) re-TURP positiva e BxP negativa (p n.s.); 6 pazienti (12%) re-TURP negativa e BxP positiva (p n.s.).
Conclusioni: Nella nostra casistica il 40% dei pazienti con iniziale diagnosi di CaP T1a ha presentato una malattia residua per cui si è reso necessario un intervento terapeutico. Questa alta percentuale giustifica la necessità di un second-look diagnostico nei casi di CaP incidentale A1. La re-TURP e la BxP non differiscono in maniera statisticamente significativa in termini di "detection rate". Il riscontro di oltre il 10% di falsi negativi con entrambe le procedure porta a suggerire la loro associazione piuttosto che a preferire l'una rispetto all'altra.

Abstract n. 77 Comunicazione

RMN CON BOBINA ENDORETTALE E SPETTROSCOPIA E CARCINOMA PROSTATICO. RISULTATI DELLO STUDIO PROSPETTICO, DHAIS (DIAGNOSIS - HELPING - ACCURACY IMAGING STUDY).

Pomara G.[1], Fontana L.[1], Simone M.[1], Milesi C.[1], Casale P.[1], Giusti S.[2], Marchetti G.[3], Bartolozzi C.[2], Francesca F.[1].
[1]U.O. Urologia SSN "Ospedale S. Chiara", Pisa; [2]Istituto di Radiologia dell'Università, Pisa; [3]U.O. Anatomia Patologica II "Ospedale S. Chiara", Pisa

Introduzione: La diagnosi cito-istologica dopo mapping prostatico rimane oggi l'unico modo per porre diagnosi di adenocarcinoma prostatico (CaP). Nonostante l'affinamento delle tecniche bioptiche, un gran numero di pazienti risulta negativo ad una prima biopsia prostatica. La tecnica di Spettroscopia protonica a Risonanza Magnetica (MRS), in associazione con la Risonanza Magnetica convenzionale (MR), consente di valutare in "vivo" e in maniera del tutto non invasiva, il comportamento di alcune biomolecole quali il citrato, espressione della normale morfologia e funzione ghiandolare e la colina, costituente di membrana indicativo di proliferazione cellulare e di alterazione della membrana stessa. Un'accuratezza del 97% è stata riportata per la Risonanza Magnetica con bobina endorettale (MR) nella localizzazione di lesioni prostatiche già diagnosticate all'esame istologico, e vari lavori hanno dimostrato utile la combinazione di MR e MRS nell'identificare CaP in corso di rebiopsie.
Scopo di questo studio, prospettico randomizzato, è quello di valutare l'utilità nella pratica clinica della MR e della MRS nella diagnosi del CaP.
Materiali e Metodi: Tra Dicembre 2004 e Gennaio 2006, sessantuno pz (età media: 67aa; range 50-82) sono stati inclusi nello studio. Diciassette pazienti presentavano valori di PSA > di 10 ng/ml (range 11-39). I restanti 44 pazienti, con PSA tra 4 e 10 ng/ml (range 4.46 - 9.37), presentavano alterazione del rapporto PSA Libero/Totale tali da giustificare l'approfondimento diagnostico. Nella prima fase dello studio (Diagnosis), la MR + MRS prima ed il mapping bioptico dopo, sono state eseguite dallo stesso radiologo e urologo rispettivamente, entrambi non informati delle informazioni riguardanti i pazienti. I referti istologici sono stati confrontati con i referti radiologici al termine della prima sessione di studio.Nella seconda fase dello studio (Helping), i pz negativi alla biopsia ma positivi alla MR e/o MRS sono stati sottoposti a re-biopsia utilizzando le informazioni ottenute dall'imaging.
Risultati: La detection rate (DR) globale del mapping prostatico è stata del 27.8% (17pz/61). Tra i pz positivi alla biopsia, 13 (21.3%) lo erano anche all'imaging (Veri Positivi). Dei restanti 44 pz, negativi alla biopsia, il 39% (24pz)(Falsi Positivi) presentava "aree sospette" all'imaging, che giustificavano l'esecuzione di un secondo set bioptico. Durante la rebiopsia il numero dei prelievi bioptici è stato aumentato in funzione delle informazioni ottenute da MR e MRS. Delle 23 rebiopsie effettuate (1pz perso al FU), 19 (31%) sono risultate negative, 4 (4.9%) positive per ASAP, 1 (1.6%) positiva per CaP.
Conclusione: I risultati di questo studio sono in contrapposizione con gli incoraggianti dati presenti in letteratura. L'elevata percentuale dei Falsi Positivi all'imaging durante la prima biopsia non si correla ad un aumento di diagnosi di CaP durante la re-biopsia. Sulla base dei risultati ottenuti non sembra ragionevole suggerire l'impiego di MR e MRS come ausilio alla biopsia prostatica per la diagnosi di CaP.

Abstract n. 78 Video

CISTECTOMIA "NERVE AND SEMINAL SPARING", CONFEZIONAMENTO DI NEOVESCICA ORTOTOPICA CON VERSAFIRE ED ANASTOMOSI ILEOCAPSULARE CON APPLICAZIONE DI TISSUCOL

Zarrelli G., Ginepri A., Di Giacomo A., Maschio A., Iacovitti S.[1], Crafa F.[1]
U.O.S. Urologia; [1]U.O.C. Chirurgia Generale ed Oncologica, Ospedale "Madre G. Vannini", Roma

Introduzione: La "early cistectomy" è il trattamento più sicuro, dal punto di vista del controllo oncologico di malattia, nei casi di Carcinoma vescicale superficiale ad alto rischio di progressione. Tale indicazione è spesso ostacolata dalla volontà, soprattutto nei pazienti più giovani, di conservare la potenza sessuale ed una buona continenza urinaria. La cistectomia radicale modificata secondo la tecnica "nerve and seminal sparing" che prevede il risparmio della capsula prostatica, delle vescicole seminali e dei fasci neurovascolari periprostatici, in casi selezionati, può garantire la preservazione della funzione sessuale senza rinunciare alla sicurezza di radicalità oncologica.
Metodi: Nel video presentiamo la nostra tecnica di cistectomia "nerve and seminal sparing" eseguita in pazienti con Ca superficiale ad alto rischio di progressione. Il primo tempo chirurgico consiste nell'eseguire una resezione transuretrale della prostata con asportazione di tutto l'urotelio e dell'adenoma prostatico fino alla capsula, successivamente si procede all'intervento chirurgico per via laparotomica: si esegue una linfadenectomia iliaco-otturatoria bilaterale, si isola la vescica lateralmente sezionando le afferenze vascolari e posteriormente seguendo un piano di scollamento tra la vescica stessa e le vescicole seminali fino al collo vescicale, che viene inciso sulla guida del "palloncino" del catetere di Foley. La neovescica viene confezionata con un' ansa ileale di 30 cm utilizzando esclusivamente la suturatrice meccanica ("Versafire"). Viene quindi eseguita un'anastomosi fra neovescica e capsula prostatica con applicazione di Tissucol sulla rima di sutura.
Conclusioni: La cistectomia "nerve and seminal sparing" rappresenta un'alternativa alla cistectomia radicale standard in casi selezionati, limitando le sequele funzionali che sono l'ostacolo principale all'accettazione di un trattamento demolitivo precoce.

Abstract n. 79 Poster

IL TRATTAMENTO DELL'EMATURIA MASSIVA INTRATTABILE MEDIANTE EMBOLIZZAZIONE DELLE ARTERIE IPOGASTRICHE

Trombetta C., Liguori G., Bucci S., Salamè L., Amodeo A., Pozzi-Mucelli F.1, Belgrano E.
Clinica Urologica, Università degli Studi di Trieste; Radiologia, Università degli Studi di Trieste

Introduzione: L'ematuria intrattabile rappresenta una situazione clinica estremamente grave ed il suo trattamento è a volte difficile e laborioso. Un'ematuria severa ed intrattabile generalmente è dovuta alla presenza di una cistite attinica o di una neoplasia pelvica avanzata. Nel caso in cui non si riesca a risolvere il problema con dei lavaggi vescicale tramite cateteri a 3 vie o una TUR emostatica la sopravvivenza stessa del paziente può essere messa in pericolo. Questi pazienti sono spesso molto anziani e con importanti patologie associate. In questi casi sono stati proposti diversi trattamenti quali le instillazioni vescicali con allume o formalina, l'uso della pressione idrostatica o della terapia iperbarica. In questo studio riportiamo la nostra esperienza nel trattamento delle ematurie massive tramite embolizzazione selettiva delle arterie ipogastriche.
Materiali e Metodi: Negli ultimi 8 anni abbiamo sottoposto ad embolizzazione selettiva delle arterie ipogastriche 27 pazienti affetti da neoplasia pelvica avanzata che erano giunti alla nostra osservazione per ematuria massiva intrattabile. 12 pazienti erano affetti da un tumore vescicale, 8 da tumore della prostata, 4 da tumore uterino, 1 da tumore vaginale ed 1 da tumore del retto. L'embolizzazione è stata eseguita mediante materiali embolizzanti non riassorbibili. In 6 casi la procedura è stata eseguita solo da un lato.
Risultati: In 17 casi abbiamo ottenuto un controllo completo dell'ematuria, mentre nei restanti il risultato è stato solo parziale. In 1 caso è stata eseguita una re-embolizzazione con successo. Non abbiamo avuto complicanze importanti. In 6 casi si è verificato una sintomatologia dolorosa in regione glutea, mentre 3 pazienti hanno riferito nausea e 4 febbre verosimilmente da necrosi tissutale.
Conclusioni: Nella nostra esperienza l'embolizzazione delle arterie ipogastriche rappresenta una valida alternativa terapeutica di seconda linea nel trattamento dell'ematuria assiva. Al fine di ottenere i risultati migliori è fondamentale che la procedura sia eseguita bilateralmente ed utilizzando materiali embolizzaznti non riassorbibile.

Abstract n. 81 Poster

TRE NEOPLASIE PRIMITIVE, SINCRONE E DI ISTOTIPO DIVERSO DELLA VESCICA

Campo.G, Menchini-Fabris.F., De Maria M., Giannarini G., Morelli G., Manassero F., Mogorovich A., Selli C.
Urologia Universitaria, Pisa

Introduzione: Tumori primitivi, sincroni e di istotipo diverso in uno stesso organo sono un evento eccezionale, con pochissimi casi riportati nella letteratura mondiale a carico di cervello, polmone e rene. Presentiamo il primo caso, al meglio della nostre conoscenze, di tre neoplasie vescicali primitive, concomitanti e di diverso istotipo nello stesso paziente e ne discutiamo le caratteristiche cliniche e patologiche.
Case Report: Un uomo di 57 anni giunse alla nostra osservazione per macroematuria. All'ecografia e all'urografia reni e alte vie urinarie risultavano regolari. La cistoscopia documentava multiple lesioni solide sessili di aspetto infiltrante a carico di trigono, parete posteriore e cupola. La TUR di una delle lesioni della parete posteriore documentava carcinoma transizionale ad alto grado infiltrante il muscolo. Rx torace, TC addome e scintigrafia ossea escludevano diffusione metastatica della malattia. Il paziente fu sottoposto a linfoadenectomia pelvica bilaterale, cistoprostatectomia radicale e confezionamento di serbatoio vescicale ileale ortotopico sec. Studer. Macroscopicamente si riscontravano nel pezzo operatorio 3 masse biancastre, dure, a larga base d'impianto e nettamente separate, la prima nella parete posteriore, la seconda nel trigono e la terza nella cupola. L'esame definitivo documentava tre diversi istotipi, nell'ordine transizionale, neuroendocrino a piccolo cellule e squamoso. L'indagine immunoistochimica sulla lesione a piccole cellule rivelava positività per CD 56, CKpan e sinaptofisina. Un'area di epitelio transizionale normale separava le 3 lesioni una dall'altra. Lo stadio patologico sec. TNM 2002 era, nell'ordine, T2G3, T4aG3 e T3aG2. In 6 dei 20 linfonodi rimossi si evidenziavano metastasi da carcinoma neuroendocrino a piccole cellule. La scintigrafia con octreotide 111Indio-DTPA (Octreoscan) ad 1 mese dall'intervento escludeva lesioni ripetitive. Una chemioterapia a base di cisplatino veniva prontamente iniziata, ma a 12 mesi dall'intervento il paziente è deceduto per progressione di malattia.
Discussione: Una interpretazione patogenetica del presente caso non è agevole. Un fattore genetico è altamente ipotizzabile, data la bassa probabilità di triplice neoplasia concomitante dovuta al caso. Riguardo ad una possibile noxa esterna, l'unico fattore di rischio noto era il fumo di sigaretta. La scelta del regime chemioterapico si è basata sulla sensibilità dell'istotipo più aggressivo, anche se si conferma la prognosi sfavorevole del carcinoma neuroendocrino a piccole cellule della vescica.

Abstract n. 82 Poster

CARCINOMA UROTELIALE DELLA VESCICA IN ETÀ PEDIATRICA

Campo G., Menchini Fabris F., Paperini D., Ales V., Morelli G., De Maria M., Selli C.
U.O. Urologia Universitaria " Ospedale S. Chiara" Pisa

Introduzione: I tumori della vescica raramente colpiscono pazienti in età pediatrica. (1) Riportiamo il caso di un carcinoma transizionale della vescica.
Case Report: CV, una bambina di 9 anni è venuta alla nostra osservazione per macroematuria. L'esame obiettivo era negativo; l'esame citologico del sedimento urinario documentava la presenza di cellule leucocitarie. L'ecografia dei reni e delle vie urinarie evidenziava, a carico della parete laterale destra della vescica, una lesione vegetante con diametro massimo di 2 cm. La TC confermava la presenza di una neoformazione peduncolata a carico della parete laterale destra della vescica di dimensioni 23 x 20 mm, in assenza di linfoadenopatie o metastasi addomino-pelviche.
La bambina è stata sottoposta a cistoscopia in narcosi, durante la quale la lesione è stata resecata ed inviata per l'esame istologico. La paziente è stata dimessa in terza giornata dall'intervento. L'esame istologico descriveva una neoplasia uroteliale Ta, G1 (PULMP) (2) ed è stato programmato il follow-up.
A sette mesi dall'intervento la paziente è asintomatica e l'esame citologico del sedimento urinario negativo.
Discussione: Le neoplasie vescicali nei bambini sono rare in età pediatrica. In letteratura sono riportati meno di 23 casi di neoplasia transizionale della vescica in pazienti d'età inferiore a 11 anni. Tipicamente le neoplasie si manifestano con macroematuria, mentre la citologia del sedimento urinario spesso non è dirimente a causa del basso grading, tipico della malattia in età pediatrica. Il trattamento di scelta rimane quello chirurgico. Il 97% dei carcinomi transizionali della vescica nei bambini è a basso stadio e grado e quindi, a differenza di quello negli adulti, presenta un'ottima prognosi. In pazienti al di sotto ai 20 anni la percentuale di recidiva oscilla tra il 2,6 e 5% e pertanto è proponibile un follow-up non ravvicinato dopo i primi controlli.

Conclusioni: I tumori uroteliali in età pediatrica non sono frequenti al di sotto dei 10 anni e sono generalmente a basso stadio e basso grado di malignità. Il caso descritto è poco comune sia per la precoce insorgenza sia per il tipo di presentazione clinica che ha richiesto prima un'immediata stadiazione e successivamente un trattamento chirurgico immediato. L'ecografia ha dimostrato di essere la metodica di scelta non solo per la diagnosi ma anche per il follow-up, avendo una buona sensibilità diagnostica. La cistoscopia è dotata di maggiore specificità , ma in età pediatrica deve essere eseguita in narcosi. Il follow-up deve comunque basarsi sulle caratteristiche istopatologiche del tumore piuttosto che sull'età del paziente.

Bibliografia

1. Rodriguez A, Burday D, Sexton, Ahmad N, Pow-Sang JM.Urothelial carcinoma in a child. Arch Esp Urol. 2005 Jun;58 (5):473-5.2) Isaac BY,

2. Fine Sw, Humphrey PA, Dehner LP, Amin MB, Epstein JI. Urothelial neoplasms in patients 20 years or younger: a clinicopathological analysis using the world health organization 2004 bladder consensus classification. J Urol. 2005 Nov; 174 (5) : 1976-80

Abstract n. 83 Comunicazione Selezionata

RISULTATI FUNZIONALI DELLA GLANDULECTOMIA CON RICOSTRUZIONE MEDIANTE LEMBO CUTANEO

Morelli G, Campo G, Pomara G.1, Menchini Fabris F, Paperini D., Kunkova I., Pagni R., De Maria M., Minervini R.
U.O. Urologia Universitaria, Ospedale S. Chiara, Pisa; [1]U.O. Urologia Ospedaliera, Ospedale S. Chiara, Pisa

Premessa e Contesto: Obiettivi terapeutici primari, nei tumori maligni sono l'eradicazione della malattia o la sua neutralizzazione tendente ad azzerarne il rischio per la vita e il benessere del paziente. La terapia tradizionale del carcinoma squamoso del pene prevede una chirurgia demolitiva con severe menomazioni funzionali e psicologiche. Al fine di migliorare la qualità di vita del paziente è stata valutata, nelle lesioni superficiali e confinate, la possibilità di praticare una chirurgia conservativa con ricostruzione di neoglande. L'azione terapeutica, da valutare assieme al paziente ben informato, è mossa da obiettivi prioritari, spesso embricati:

1. Radicalità;
2. Conservazione della funzione minzionale;.
3. Conservazione della funzione copulatoria;
4. Rispetto dell'auto ed etero-percezione del proprio schema corporeo.

Metodi: Dal 2002 al 2005 sono giunti alla nostra osservazione 5 pazienti: 4 con carcinoma squamoso del glande (G3T1N0M0) e 1 con carcinoma squamoso associato a lichen. Una lesione si presentava in forma vegetante, le rimanenti 2 in forma ulcerata. L'età media dei pazienti era di 41,7 anni (range 34-60) e la media del punteggio dell'IIEF-5, al ricovero, era 22,6. Tutti i pazienti sono stati sottoposti, previo esame istologico estemporaneo con valutazione estesa allo stato dei margini chirurgici, a glandulectomia con ricostruzione mediante lembo cutaneo libero "split thickness", in un caso è stata successivamente eseguita anche una linfoadenectomia inguinale bilaterale.
Risultati: Tutti i pazienti hanno accettato di partecipare al follow-up che è stato eseguito a 3,6 e a12 mesi (media:35 mesi ; range 20-47). A 12 mesi dall'intervento il flusso minzionale era buono in 5/5 pazienti. Tutti i pazienti hanno dichiarato di essere soddisfatti del risultato estetico e funzionale e presentavano un punteggio medio dell'IIEF-5 di 20,25 (range 15-23). È stata, inoltre, eseguita la verifica della sensibilità tattile del neoglande che è risultata presente in tutti i pazienti operati.
Conclusioni: La chirurgia con ricostruzione del glande rappresenta un'ottima opportunità per il paziente per preservare l'estetica e la funzionalità dell'organo. La glandulectomia con ricostruzione nei tumori localizzati del pene non rischiando il controllo oncologico può garantire al paziente un'ottima aspettativa di vita associata a buoni risultati estetici e funzionali, con la prospettiva di superare parte delle complicanze e sequele dei procedimenti chirurgici fino ad ora proposti in letteratura. Tale metodica presenta però complessità tecniche che richiedono esperienza di chirurgia ricostruttiva dei genitali esterni.

Abstract n. 84 Poster

CARCINOMA VESCICALE TRATTATO CON CISTECTOMIA RADICALE E CONFEZIONAMENTO DI NEOVESCICA ILEALE SEC. STUDER IN PAZIENTE DI 34 ANNI

Campo G., Menchini Fabris F., Giannarini G., Ales V., Manassero F., Cuttano G., De Maria M., Selli C.
U.O. Urologia Universitaria "Ospedale S. Chiara " Pisa

Introduzione: Il carcinoma uroteliale è un tumore raro nei giovani fino a 35 anni. In età giovanile, nella maggior parte dei casi, è di basso stadio e grado per cui il trattamento di scelta è la resezione endoscopica, con decorso clinico e prognosi favorevoli.(1)
Case Report: Un paziente di 34 anni è venuto alla nostra osservazione per un episodio di macroematuria; monosintomatico. All'anamnesi non presentava fattori di rischio per familiarità e per esposizione ambientale, lavorativa e voluttuaria. La cistoscopia ha evidenziato un'unica neoformazione vescicale d'aspetto arborescente di circa18 x 17 mm., sanguinante, peduncolata, a livello dell'emitrigono di sinistra e inglobante lo sbocco del meato ureterale di sn.. Il paziente è stato sottoposto a resezione endoscopica studiante. Il referto istologico ha descritto un carcinoma a cellule transizionali di alto grado. Le indagini effettuate hanno, altresì, evidenziato una modesta idroureteronefrosi sn., con evidenza urografica di mancata escrezione ureterale del mdc nelle scansioni tardive.
Il paziente è stato sottoposto a TAC dell'addome completo, con riscontro di "presenza d'irregolare ispessimento della parete laterale sinistra della vescica, esteso in parte anche alle pareti anteriore e posteriore, con spessore massimo di circa 16 mm.; ispessimento del tessuto adiposo perivescicale e periureterale inferiore, prevalentemente a sinistra".
Al momento del ricovero il punteggio alla somministrazione del questionario IIEF-5 era di 30. Il paziente è stato successivamente sottoposto ad intervento di cistectomia radicale nerve sparing bilateralmente con confezionamento di neovescica ileale ortotopica sec. Studer e linfoadenectomia pelvica bilaterale. Lo stadio patologico era T3aN0G3 sec.TNM 2002. A tre mesi dell'intervento il paziente presentava un punteggio all'IIEF-5 di15. A nove mesi il paziente presenta continenza urinaria diurna e incontinenza notturna. È stata quindi instaurata la terapia con vardenafil (1 cpr da 20 mg tre volte la settimana) con buoni risultati a 6 (IEFF-5: 16) e 9 mesi (IEFF-5: 17) dall'intervento.
Discussione: I tumori uroteliali muscolo-invasivi di alto grado non sono frequenti in pazienti al di sotto dei 35 anni in assenza di fattori di rischio; nei rari riscontri il trattamento di scelta è la cistectomia radicale con confezionamento di neovescica ortotopica. Il caso descritto fa parte di questi eventi e dopo lo studio clinico è stato da noi trattato con approccio di tipo radicale. La prognosi dipende dalle caratteristiche istopatologiche del tumore piuttosto che sull'età del paziente. L'esperienza del caso suggerisce:

1. Un'accurata valutazione diagnostica di qualunque macroematuria, anche in soggetti giovani.
2. Un trattamento adeguato al grado ed allo stadio della neoplasia, con intento radicale.
2. Considerata la giovane età, una valutazione accurata delle problematiche del mantenimento della continenza urinaria e della funzione erettile.

Abstract n. 85 Video

CISTECTOMIA RADICALE CON NEOVESCICA ORTOTOPICA A "MERCEDES" : 11 ANNI DI ESPERIENZA PERSONALE

Naccarato G., Voria G., de Santis C., Guglielmino S., Ravaziol R., Berardi A. e Carbonaro F.
Ospedali Riuniti Frascati-Marino

Obiettivi: La creazione di un serbatoio ortotopico dopo cistectomia radicale rappresenta la soluzione chirurgica di scelta in pazienti selezionati con carcinoma vescicale infiltrante. Dal 1994 nella divisione di Urologia degli Ospedali Riuniti Frascati-Marino si eseguono routinariamente cistoprostatectomie radicali con confezionamento di neovescica ortotopica ad "mercedes".
Materiali e Metodi: Sono stati studiati 103 pazienti sottoposti a cistectomia radicale con confezionamento di neovescica ortotopica a "mercedes" tra il 1 gennaio 1995 ed il 31 dicembre 2005 negli Ospedali riuniti Frascati-Marino. L'età media è stata 63 aa (min. 38 anni, max 72 anni). Di questi, 89 individui di sesso maschile e 14 di sesso femminile. L'intervento di cistectomia viene eseguito secondo la tecnica di Schlegel e Walsh. La creazione della neovescica inizia attraverso l'isolamento di circa 40 cm di ileo, ad una distanza di 15-20 cm dalla valvola ileocecale. L'ansa ileale isolata viene imbastita ad "mercedes", con tre coppie di segmenti della lunghezza di 7-8 cm l'uno. Ogni coppia viene detubularizzata e riconfigurata con Stapler meccanica o con suture a mano. Il punto più declive della neovescica viene anastomizzato all'uretra con 5 punti in acido poliglicolico 2-0, su catatere 20-22 ch in silastic. I due bracci superiori della neovescica vengono successivamente fissati ai muscoli psoas con 1 o 2 punti in acido poliglicolico 0. Gli ureteri, precedentemente isolati e spatulati, vengono anastomizzati sui due bracci superiori con tecnica di Nesbit diretta, previo posizionamento di cateterini di "Bracci" 8-10 ch. Si posiziona epicistosotmia di sicurezza. Si rimuovono i cateterini ureterici in decima giornata. Il catetere vescicale viene rimosso in quattordicesima giornata, previo controllo cistografico.
Risultati: Dei 91 pazienti, 83 sono stati seguiti con un follow-up minimo di 12 mesi, 47 per almeno 24 mesi, 6 pazienti con follow up di 11 anni. Non sono state riscontrate complicanze chirurgiche importanti né complicanze metaboliche. In 5 pazienti è stata diagnosticata una stenosi dell'anastomosi uretrovescicale (5%) a tre mesi dall'intervento, un reflusso vescico-ureterale con ureteroidronefrosi è stato riscontrato in 3 pazienti (3%), in 6 pazienti (6%)è stata riscontrata una stenosi dell'anastomosi uretero vescicale. La capacità vescicale media ad 1 anno è stata 379 ml, con pressione vescicale media alla massima capacità di 18 cmH2O. La continenza diurna è stata soddisfacente nel 71% dei pazienti ad 1 anno di follow up e nell'80% dei pazienti seguiti per 2 anni. Non è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa nel tipo e numero di complicanze tra uomini e donne.
Conclusioni: La neovescica ortotopica ad mercedes si mostrata un'ottima alternativa a neovesciche ortotopiche quali la Studer o la VIP, per le ottime capacità di serbatoio continente, per la buona compliance, per il ridotto tasso di complicanze a breve e lungo termine e per la relativa semplicità di esecuzione.

Abstract n. 86 Poster

SEROUS CYSTADENOMA OF THE EPIDIDYMIS OF COMMON EPITHELIAL OVARIAN TYPE

Klimis T.[1], Vlachos P.[2], Panopoulos I.[2], Kokotas N.[2]
[1]Department of Pathology and [2]Urology, 3rd Hospital of Social Insurance Institute, Athens, Greece

Cystadenoma of the epididymis is an extremely rare benign neoplasm, and the literature contains only sporadic case reports of such tumors. The tumor appears as a cystic mass up to several centimeters in diameter with papillary proliferations. Only the previous report of pure (non papillary) cystadenoma of the epididymis was found during a literature search. We report the case of an 83-year-old man who presented with asymptomatic enlargement of the right testis since 2 years. Clinical examination revealed a firm, smooth swelling, replacing the upper part of the testis. Ultrasound examination of the scrotum revealed a cystic lesion in relation to the epididymis. On surgery, the cyst, 5cm in greater dimention and the adjacent portion of the epididymis were surgically removed.
Histological examination showed a unilocular cyst lined by cuboidal or columnar epithelium containing ciliated cells mostly arranged in a single layer. Immunohistochemically (I.H.Ch) tumor cells were positive for Cytokeratine AE1/AE3 and EMA, strongly positive for CK7, PR,AR,ER,Ca-125, Vimentine and S-100 protein. The cells didn't stain for CK20, ED10 and CEA. Morphologic and IHCh features suggested a mullerian differentiation originated from vestigial remnants of Muller duct, ruling out a benign cystic lesion of Wolffian duct origin. The differential diagnosis to spermatocele is discussed.

Abstract n. 87 Poster

PRIMARY CLASSIC PENILE KAPOSI'S SARCOMA IN AN ELDERLY HIV-NEGATIVE PATIENT

Margaritopoulou A.[1], Klimis T.[2], Panopoulos I.[1], Kokotas N.[1]
[1]Department of Urology and [2]Pathology, 3rd Hospital of Social Insurance Institution, Athens Greece

Kaposi's Sarcoma is an unusual vascular tumor characterized by multiple reddish blue nodules, which usually present on the skin of the lower and upper extremities. During the last two decades, with the large increase in the incidence of this tumor associated with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), there has been an increasing number of cases with KS presenting on the skin of the genital tract.
A review of the literature indicates that in a small number of cases the KS HHV-8+ was revealed in seronegative patients for HIV. We report the case of a 91-year old man who presented 2 years ago with an asymptomatic tumor on the inner layer of the prepuce. Physical examination revealed the presence of two nodules, one pedunculated on the inner layer of the prepuce, 1,5 and 0,5 cm in greater diameter which were exised within free surgical margins.
Histological examination of the tumor showed the morphological and immunohistochemical features of Kaposi's Sarcoma. A PCR also revealed the HHV-8. A complete physical examination revealed no other pathological findings. Repeated serologic examination with ELISA and Western Blot which was done in two occasions with a 6 month interval, was negative for HIV. The patient received no further treatment and 1 year later he is in good condition.

Abstract n. 88 Comunicazione

RUOLO PROGNOSTICO DELL'INVASIONE PERINEURALE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE CON STADIO PATOLOGICO T2

Masieri L., Carloni M., Minervini A., Ierardi A., Rossetti M.A., [1]Nesi G., Carini M., Serni S.
Clinica Urologica I, Dipartimento di Area Critica e [1]Dipartimanto di Patologia Umana e Oncologia, Università degli Studi di Firenze

Introduzione: Lo scopo del presente studio è stata l'analisi del possibile ruolo predittivo di ripresa biochimica di malattia dell'invasione perineurale valutata sullo specimen anatomopatologico di pazienti sottoposti a prostatectomia radicale con neo-

plasia in stadio pT2. Abbiamo inoltre valutato le correlazioni con variabili di importanza nota come il PSA preoperatorio, il Gleason score, lo stadio (pT2a, pT2b, pT2c).
Materiali e Metodi: Sono stati valutati retrospettivamente i dati clinici ed anatomopatologici relativi a 186 pazienti (età media 64 anni) sottoposti tra il 2000 ed il 2005 a prostatectomia radicale per adenocarcinoma prostatico senza terapia neoadiuvante o adiuvante, con stadio pT2N0 e follow-up minimo di 6 mesi. Sugli specimen del campione in studio è stata valutata specificatamente la presenza di invasione perineurale (PNI) intraprostatica. Il PSA preoperatorio medio era 9.7 ng/ml (range 3.5-33.5, in 126 pazienti < 10, in 50 compreso tra 10 e 20, in 10 > 20). Il Gleason score (GS) era 2-6 in 112 (60.2%), 7 in 64 (34.4%), 8-10 in 10 (5.4%) pazienti. In 26 pazienti (14%) lo stadio era pT2a, in 127 (68.3%) pT2b, in 33 (17.7%) pT2c. In 4/186 pazienti (2.1%) erano presenti margini positivi. In 106 pazienti era presente PNI (57%). Abbiamo valutato con il metodo di Kaplan-Meier la ripresa biochimica di malattia (PSA > 0.2 ng/ml in due determinazioni consecutive) e le correlazioni esistenti con le variabili: PSA, GS, Stadio, stato dei margini, PNI. La significatività statistica è stata verificata con il Logrank test.
Risultati: Il follow-up medio è stato 24.4 mesi (range 6-73). Complessivamente 11 pazienti sono andati incontro a recidiva biochimica dopo un periodo medio di 24.1 mesi (range 7-59) dall'intervento, 1 senza PNI e 10 con PNI. La sopravvivenza attuariale libera da ripresa biochimica a 36 e 60 mesi per l'intero campione studiato è rispettivamente del 88.3% e 79.5%. La sopravvivenza attuariale libera da ripresa biochimica di malattia a 3 anni nei pazienti rispettivamente PNI negativi e positivi è risultata rispettivamente del 94.4% e 85.2%. All'analisi statistica univariata tale differenza è risultata statisticamente significativa ($p<0.05$). Contrariamente gli altri fattori analizzati (PSA, GS, Stadio), non hanno permesso di stratificare i pazienti in gruppi a rischio differenziato di ripresa di malattia.
Conclusioni: Da nostri dati emerge come nonostante la brevità del follow-up non permetta di confermare il ruolo prognostico di fattori preditivi di ripresa di malattia di documentata importanza, la presenza di invasione perineurale, anche dopo un follow-up medio di soli 24 mesi, ha reso possibile stratificare i pazienti con malattia patologicamente organoconfinata in due gruppi con rischio di ripresa di malattia significativamente diverso. Questo suggerisce che tale parametro potrebbe intergrarsi con i fattori prognostici uniformemente accettati per la valutazione prognostica di questo sottogruppo di pazienti.

Abstract n. 89 Poster

STUDIO DELL'ESPRESSIONE RICORRENTE DELLA FUSIONE TRA IL GENE TMPRSS2 ANDROGENO-RESPONSIVO E I FATTORI DI TRASCRIZIONE DELLA FAMIGLIA ETS IN CARCINOMI PROSTATICI UMANI

Serni S., [1]Bonaccorsi L., Masieri L., [1]Nuti F., [1]Krausz C., [2]Nesi G., Ierardi A., Rossetti M.A., Minervini A., [1]Baldi E., Carini M.
Clinica Urologica I Dip. di Area Critica Medico-Chirurgica; [1]Dip. di Fisiopatologia Clinica, Unità di Andrologia; [2]Dip. di Patologia Umana e Oncologia, Università di Firenze

Introduzione: Uno dei principali obbiettivi della ricerca in oncologia è quello di identificare le alterazioni genetiche responsabili dello sviluppo della neoplasia. Recentemente per quanto concerne il carcinoma prostatico l'attenzione si focalizzata sull'espressione di due fattori di trascrizione, ERG ed ETV-1, membri della famiglia dei fattori ETS, e sulla loro interazione con il gene TMPRSS2 che codifica una proteina transmembrana di tipo 2 regolata dal controllo degli androgeni. Lo studio di riarrangiamenti cromosomici ricorrenti ha permesso di identificare i geni coinvolti nella cancerogenesi di sarcomi, leucemie e linfomi. Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare l'over-espressione dei geni ERG o ETV-1 su preparati istologici di carcinoma prostatico ottenuti da specimen di prostatectomia radicale e la sua correlazione con il trattamento ormonale neoadiuvante ed i fattori prognostici anatomopatologici.
Materiali e Metodi: Sono stati studiati i campioni relativi a 33 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale per adenocarcinoma prostatico. I frammenti ottenuti sono stati immediatamente congelati in azoto liquido e analizzati con utilizzo di una standard riverse-transcription PCR delle fusioni TMPRSS2:ERG e TMPRSS2:ETV1 con successiva elettroforesi dei prodotti ottenuti e PCR quantitativa utilizzando il SYBR Green dye mediante Real Time PCR. I dati di espressione sono stati quindi mesi in relazione con i parametri strumentali ed anatomopatologici (PSA, Stadio patologico, Gleason score) e con il trattamento ormonale neoadiuvante.
In particolare 10 pazienti erano stati sottoposti a terapia ormonale preoperatoria (almeno 3 mesi di trattamento con analoghi dell'LH-RH).
Risultati: Complessivamente è stata rilevata una positività di espressione della fusione genica in 22/33 pazienti (66.7%). Nei campioni dove veniva visualizzata una banda netta all'altezza prestabilita il prodotto di PCR ottenuto è stato estratto dal gel e sequenziato. Abbiamo così confermato che i prodotti ottenuti erano caratterizzati dalla fusione tra l'esone 1 completo di TMPRSS2 con l'inizio dell'esone di ERG (71/227). Per quanto riguarda i 10 pazienti trattati preoperatoriamente con ormonoterapia la traslocazione è stata identificata nei preparati relativi a soli 3 pazienti (30%), mentre nei pazienti non trattati si è avuta positività in 19 (82.6%). L'analisi della correlazione con i parametri clinico-patologici disponibili non è stata in grado di identificare relazioni significative.
Conclusioni: I risultati ottenuti confermano che la fusione genica tra il gene TMPRSS2 androgeno-responsivo e i fattori di trascrizione della famiglia ETS in carcinomi prostatici umani è estremamente ricorrente (circa 70% dei casi). Abbiamo osservato inoltre una significativa riduzione della sua espressione nei pazienti sottoposti a terapia ormonale (30% vs 80%). Da questo studio possiamo concludere che nonostante l'esiguità del campione non abbia permesso di trarre risultati definitivi, questa fusione genica potrebbe avere un ruolo importante nello sviluppo e nella progressione del carcinoma prostatico.

Abstract n. 90 Comunicazione

TUMORI DEL TESTICOLO E TRATTAMENTI ANTINEOPLASTICI: EFFETTO SULLA SPERMATOGENESI

Ragni G.[1], Carmignani L.[2], Serrago M.P.[2], Gadda F.[2], Calanna G.[1], Restelli L.[1], Paffoni A.[1]
[1]U.O. Sterilità di Coppia ed Andrologia; [2]U.O. Urologia - Fondazione Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione e Obiettivi: Le attuali terapie per pazienti affetti da tumore del testicolo (TT) offrono buoni tassi di sopravvivenza a lungo termine ma hanno il potenziale effetto secondario di indurre soppressione della funzione spermatica. Ai pazienti affetti da TT viene quindi consigliato di effettuare la crioconservazione del liquido seminale (CLS) prima di iniziare i trattamenti chemio/radioterapici. Scopo di questo studio è valutare la condizione seminale di pazienti affetti da TT al momento della diagnosi e dopo le terapie antitumorali.
Metodi: Dal 1986 al 2003 la CLS è stata effettuata prima di qualsiasi trattamento chemio-radioterapico in pazienti affetti da TT: il liquido seminale è stato analizzato secondo i criteri

dell'OMS per poi essere crioconservato in azoto liquido. Solo in caso di azoospermia o necrozoospermia confermate in 2 esami seminali intervallati di 2-5 giorni, la CLS non è stata effettuata. Ad almeno un anno dal termine della terapie alcuni pazienti hanno effettuato un esame del liquido seminale di controllo presso lo stesso laboratorio o sono stati contattati per il follow up.

Risultati: 473 pazienti affetti da TT hanno richiesto la CLS. L'età media alla diagnosi era di 29.7 ± 6.3 anni. In 47 casi (9.9 %) il deposito non è stato possibile a causa di azoospermia o necrozoospermia. Tra i pazienti in remissione che avevano effettuato la CLS, 36 (pari all'8.4% dei totali) hanno effettuato un esame del liquido seminale di controllo dopo una media di 5 anni (range 1-13): in nessun caso è stata riscontrata azoospermia. La percentuale di pazienti con una concentrazione normale di spermatozoi mobili progressivi (≥20x10^6/ml) è stata del 44.4% alla diagnosi e del 52.8% dopo almeno un anno dal termine delle terapie (p>0,05). La concentrazione di spermatozoi x 10^6/ml riportata come mediana e Inter Quartile Range è cambiata da 16.5 [5.6 – 53.7] al momento della diagnosi di TT a 19.5 [5.4 – 37.1] dopo le terapie (p>0,05, Wilcoxon test). In particolare, la densità di spermatozoi mobili è aumentata in modo consistente (>20%) in 21 casi (58.3%) mentre in 12 casi (33.3%) si è ridotta di oltre il 20%. I 47 pazienti che non hanno effettuato la CLS per assenza di spermatozoi vitali nell'eiaculato, sono stati contattati dopo un tempo medio di 8 anni (range 2-14). Sono state ottenute informazioni sulla prognosi riproduttiva per 20 di essi. In 8 casi è stato eseguito un esame seminale di controllo che ha mostrato 1 caso di azoospermia, 3 casi di oligospermia con concentrazione di spermatozoi/ml tra 1 e 8 x 10^6, 1 caso di astenospermia (mobilità progressiva=20%) e 3 casi di normospermia. Tra i pazienti che non hanno eseguito un esame del liquido seminale, 11 hanno ottenuto almeno una gravidanza (in 2 casi tramite fecondazione in vitro) e un paziente ha riferito infertilità per 11 anni di ricerca prole. In totale, su 20 pazienti azoospermici alla diagnosi di TT è stato possibile documentare l'acquisizione di un potenziale di fertilità in 18 casi dopo le terapie e la remissione .

Conclusioni: Questi dati preliminari prospettano la possibilità di confortare i pazienti con un counselling ragionevolmente positivo sul futuro riproduttivo dopo remissione da TT, anche nei casi di azoospermia al momento della diagnosi. Per chiarire il ruolo della CLS, è necessario estendere gli studi di follow up ed approfondire l'effetto dei differenti protocolli terapeutici per individuare eventuali fattori prognostici di rischio.

Bibliografia essenziale

Ragni G, Arnoldi M, Somigliana E, Paffoni A, Brambilla ME, Restelli L. Reproductive prognosis in male patients with azoospermia at the time of cancer diagnosis. Fertil Steril. 2005 Jun;83:1674-9.

Ragni G, Somigliana E, Restelli L, Salvi R, Arnoldi M, Paffoni A. Sperm banking and rate of assisted reproduction treatment. Cancer 2003;97:1624-9.

Fossa SD, Theodorsen L, Norman N, Aabyholm T. Recovery of impaired pretreatment spermatogenesis in testicular cancer. Fertil Steril 1990;54:493-6.

Abstract n. 91 Comunicazione

CORRELAZIONE TRA ETÀ, TOSSICITÀ UROLOGICA E TOSSICITÀ INTESTINALE IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA TRATTATI CON RADIOTERAPIA

Tagliaferri L.[1], Di Napoli N.[1], Gambacorta M.A.[1], Luzi S.[1], Mantini G.[1], Mattiucci G.C.[1], Di Rito A.[1], Errico A.[1], Frascino V.[1], Di Gesù C.[2], Morganti A.G.[2], Cellini N.[1]

[1]Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; [2]U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

Scopo: Il carcinoma prostatico è un tumore correlato all'età, con un'elevata incidenza negli anziani. La corretta modalità di trattamento di tale neoplasia deriva dal bilancio tra i benefici ed i rischi della terapia. Scopo di questo studio è valutare l'impatto dell'età sulla tossicità intestinale ed urologica in pazienti con carcinoma prostatico trattato con radioterapia a fasci esterni.

Materiale e Metodi: 510 pazienti con tumore della prostata non metastatico sono stati trattati con radioterapia con finalità curativa. La dose totale alla prostata è stata compresa tra 64 e 74 Gy (1.8 Gy per frazione). 281 pazienti con tumore a rischio intermedio o alto sono stati sottoposti ad irradiazione profilattica dei linfonodi pelvici (45 Gy, 1.8 Gy per frazione). L'età mediana dei pazienti era 71 anni (range 42-86 anni). In base all'età i pazienti sono stati stratificati in due gruppi. Gruppo 1: 416 pazienti ≤; 75 anni (81%, età mediana 69 anni); gruppo 2: 94 pazienti > 75 anni (19%, età mediana 78 anni). Le tossicità acute e tardive sono state valutate con le scale RTOG e RTOG-EORTC, rispettivamente. L'incidenza cumulativa attuariale di tossicità intestinale ed urologica è stata calcolata con il metodo di Kaplan-Meier. L'analisi univariata è stata effettuata utilizzando il logrank test e le analisi multivariate sono state realizzate usando il metodo di Cox. I seguenti parametri sono stati inclusi in questa analisi come covariate: età, irradiazione profilattica dei linfonodi pelvici, dose alla prostata > 70 Gy, irradiazione delle vescichette seminali, ormonoterapia adiuvante.

Risultati: Il follow up mediano è stato di 37 mesi (range 6-156). L'incidenza di tossicità intestinale acuta di grado superiore a 2 è stata dell'1,4% e dello 0,8% nei pazienti del gruppo 1 e 2, rispettivamente (p=0.12). L'incidenza della tossicità urologica acuta di grado superiore a 2 è stata del 3,5% e dello 0,6 % nei pazienti dei gruppi 1 e 2, rispettivamente (p=0.16). L'incidenza attuariale a due anni di tossicità intestinale tardiva di grado superiore a 1 è stata del 6% e del 5% nei pazienti dei gruppi 1 e 2, rispettivamente (p=0.11). L'incidenza attuariale a due anni di tossicità urologica tardiva di grado superiore a 1 è stata del 3% e del 4% nei pazienti dei gruppi 1 e 2, rispettivamente (p=0.45). All'analisi multivariata non vi sono state significative correlazioni con la tossicità tardiva intestinale ed urologica, rispettivamente.

Conclusioni: La radioterapia con finalità radicale è un'efficace opzione terapeutica nei pazienti anziani con carcinoma della prostata. Questa analisi dimostra che l'età non ha un significativo impatto sulla tossicità intestinale ed urologica radio-indotta.

Abstract n. 92 Comunicazione

TOSSICITÀ INTESTINALE TARDIVA IN PAZIENTI CON TUMORE PROSTATICO TRATTATI CON RADIOTERAPIA E ORMONOTERAPIA ADIUVANTE

Frascino V.[1], Gambacorta M.A.[1], Mantini G.[1], Mattiucci G.C.[1], Di Rito A.[1], Errico A.[1], Tagliaferri L.[1], Di Napoli N.[1], Di Gesù C.[2], Macchia G.[2], Morganti A.G.[2], Cellini N.[1]

[1]Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; [2]U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

Scopo: La radioterapia +/- terapia ormonale rappresenta un'opzione standard nel trattamento del tumore della prostata. Alcuni studi pubblicati hanno mostrato una correlazione significativa tra terapia ormonale adiuvante e tossicità radio-indotta. Ad ogni modo, poiché i risultati della letteratura sono contraddittori, tale argomento rimane controverso. Scopo di questo studio è analizzare l'impatto della terapia ormonale adiuvante prolungata (>12 mesi) sulla tossicità intestinale tardiva radio-indotta.

Materiale e Metodi: 510 pazienti con cancro della prostata non metastatico hanno effettuato radioterapia +/- ormonoterapia neoadiuvante e/o adiuvante. La terapia ormonale è stata effettuata con analoghi LHRH +/- antiandrogeni o con soli antiandrogeni ad alte dosi (Bicalutamide, 150 mg/die). I pazienti sono stati analizzati in due modi. Prima analisi: gruppo A1: non ormonoterapia adiuvante, gruppo B1: ormonoterapia adiuvante. Seconda analisi: gruppo A2: no ormonoterapia adiuvante; gruppo B2 ormonoterapia adiuvante basata su analoghi LH-RH; gruppo C2: ormonoterapia adiuvante basata su bicalutamide ad alte dosi. L'incidenza cumulativa attuariale della tossicità tardiva è stata basata sul metodo di Kaplan-Meier. L'analisi univariata è stata effettuata utilizzando il logrank test. Le analisi multivariate sono state realizzate usando il metodo di Cox. In questa analisi sono stati inclusi come covariate i seguenti parametri: irradiazione profilattica dei linfonodi pelvici, dose alla prostata > 70 Gy.
Risultati: Il follow up mediano è stato di 37 mesi (range 6-156). La prima analisi non ha mostrato una significativa correlazione tra ormonoterapia adiuvante e tossicità tardiva radio-indotta, sia all'analisi univariata (p=0.25), sia all'analisi multivariata (ormonoterapia adiuvante p= 0.22, irradiazione profilattica della pelvi p=0.33, dose alla prostata >70Gy p=0.78). Allo stesso modo, la seconda analisi non ha mostrato significative correlazioni sia all'analisi univariata (p=0.42) sia all'analisi multivariata (ormonoterapia adiuvante p=0.28, irradiazione profilattica della pelvi p=0.19, dose alla prostata > 70Gy p=0.75).
Conclusioni: La terapia ormonale adiuvante non ha un impatto significativo sulla tossicità tardiva radio-indotta nel trattamento del carcinoma prostatico.

Abstract n. 93 Comunicazione

TOSSICITÀ INTESTINALE ED UROLOGICA IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA TRATTATI CON IRRADIAZIONE PROFILATTICA DEI LINFONODI PELVICI

Errico A.[1], Gambacorta M.A.[1], Mantini G.[1], Mattiucci G.C.[1], Di Rito A.[1], Frascino V.[1],Tagliaferri L.[1], Valentini A.L.[3], Deodato F.[2], Macchia G.[2], Morganti A.G.[2], Cellini N.[1]
[1]Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; [2]U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [3]Radiodiagnostica, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Scopo: l'irradiazione profilattica dei linfonodi pelvici è stata utilizzata in numerose esperienze di radioterapia del carcinoma prostatico. L'impatto dell'irradiazione della pelvi sulla tossicità radio-indotta è ancora argomento di discussione. Alcuni studi riportano una più alta incidenza di tossicità nei pazienti trattati con irradiazione profilattica della pelvi. Altre analisi riportano percentuali simili di effetti acuti e tardivi. Lo scopo di questo lavoro è valutare l'impatto dell'irradiazione profilattica della pelvi sulla tossicità radio-indotta nei tessuti sani in una popolazione di pazienti con carcinoma prostatico arruolata prospetticamente.
Materiale e Metodi: 510 pazienti con carcinoma prostatico sono stati trattati con radioterapia. La dose totale alla prostata è stata 64-74 Gy (1,8 Gy per frazione). 281 pazienti con cancro a rischio intermedio o alto hanno effettuato l'irradiazione profilattica della pelvi (45 Gy, 1.8 Gy per frazione). L'irradiazione profilattica è stata evitata in pazienti con diverticolosi o con malattie infiammatorie intestinali, indipendentemente dalla classe di rischio. 484 pazienti hanno ricevuto terapia ormonale neoadiuvante +/- adiuvante. La tossicità acuta e tardiva è stata valutata con le scale RTOG e RTOG-EORCT rispettivamente. La tossicità tardiva attuariale è stata calcolata con il metodo di Kaplan-Meier e il logrank test è stato utilizzato per comparare i pazienti trattati con e senza irradiazione profilattica della pelvi.
Risultati: 281 pazienti hanno effettuato l'irradiazione profilattica dei linfonodi pelvici. Il follow-up mediano è stato 37 mesi (range 6-156). L'incidenza di tossicità urologica acuta di grado maggiore di 2 è stata 1,9% e 2,1% in pazienti trattati con e senza irradiazione profilattica della pelvi rispettivamente (p=0.47). L'incidenza della tossicità acuta intestinale di grado superiore a 2 è stata 1,2% e 1% in pazienti trattati con e senza irradiazione profilattica della pelvi rispettivamente (p=0,96). L'incidenza attuariale a 2 anni di tossicità urologica tardiva di grado superiore a 1 è stata del 3% in pazienti trattati con e senza irradiazione profilattica della pelvi rispettivamente (p=0.71). L'incidenza attuariale a 2 anni di tossicità tardiva intestinale di grado superiore a 1 è stata 7,5% e 5,2% in pazienti trattati con e senza irradiazione profilattica della pelvi rispettivamente (p=0.35).
Conclusioni: non è stato osservato un significativo impatto dell'irradiazione profilattica dei linfonodi pelvici in termini di tossicità acuta urologica ed intestinale. Allo stesso modo non è stato osservato un significativo impatto dell'irradiazione profilattica della pelvi in termini di tossicità tardiva urologica ed intestinale.

Abstract n. 94 Comunicazione Selezionata

RADIOTERAPIA DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA: IMPATTO DELLA MALATTIA DIVERTICOLARE SULLA TOSSICITÀ RETTALE

Di Rito A.[1], Gambacorta M.A.[1], Luzi S.[1], Mantini G.[1], Mattiucci G.C.[1], Errico A.[1], Frascino V.[1], Tagliaferri L.[1], Gui B.[3], Deodato F.[2], Morganti A.G.[2], Cellini N.[1]
[1]Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; [2]U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso; [3]Radiodiagnostica, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore

Scopo dello Studio: la proctite rappresenta uno dei principali fattori dose-limitante nel trattamento radiante del carcinoma prostatico. La malattia diverticolare potrebbe essere associata ad una maggiore incidenza di infiammazione del retto. Scopo di questo studio è valutare l'impatto della malattia diverticolare sulla incidenza della proctite nei pazienti sottoposti a radioterapia per carcinoma della prostata.
Materiale e Metodi: sono stati analizzati 229 pazienti affetti da carcinoma della prostata non metastatico e sottoposti a trattamento radiante. Tutti i pazienti hanno eseguito un clisma a doppio contrasto del colon nell'ambito degli esami strumentali pre-trattamento. Il volume di irradiazione comprendeva la prostata +/- le vescichette seminali; in nessun paziente sono stati irradiati i linfonodi pelvici. La valutazione della tossicità acuta e tardiva è stata effettuata seguendo le scale di tossicità RTOG e RTOG-EORCT rispettivamente. L'incidenza attuariale cumulativa della proctite è stata analizzata con il metodo Kaplan-Meier. È stata effettuata un'analisi univariata utilizzando il logrank test. Per l'analisi multivariata è stato utilizzato il metodo di Cox. Nell'analisi multivariata sono stati considerati i seguenti parametri: presenza di diverticoli, dose alla prostata superiore a 70 Gy, irradiazione delle vescicole seminali, terapia ormonale adiuvante.
Risultati: Il 65,5% dei pazienti (n=140) ha evidenziato presenza di diverticoli al clisma del colon. Il PTV comprendeva la prostata e le vescichette seminali in 200 pazienti, mentre in 29 solo la prostata. La dose totale alla prostata variava da 65 a 74 Gy (1,8 Gy per frazione), mentre alle vescichette è stata di 55-65 Gy. Il follow-up mediano è stato di 32 mesi (range 6-94).

L'incidenza di tossicità rettale acuta superiore al grado 2 è stata rispettivamente dell'1,4% e dello 0,9% nei pazienti con e senza diverticoli (p=0.78). L'incidenza attuariale a 2 anni di tossicità rettale tardiva superiore al grado 1 è stata rispettivamente del 7 % e del 5 % nei pazienti con e senza diverticoli (p=0.80). All'analisi multivariata non sono emerse significative correlazioni (presenza di diverticoli p=0.28, dose alla prostata superiore a 70 Gy p=0.45, irradiazione delle vescicole seminali p=0.68, terapia ormonale adiuvante p=0.48).
Conclusioni: Questo studio ha dimostrato che la tossicità rettale non è influenzata in maniera significativa dalla dose totale, dall'ormonoterapia e dalla presenza di diverticoli. Nei pazienti con carcinoma prostatico e diverticolosi può essere somministrata una dose radiante alla prostata ≤ 74 Gy associata o meno alla ormonoterapia neoadiuvante e/o adiuvante senza avere un impatto significativo sulla proctite.

Abstract n. 95 Poster

ESTRAZIONE TESTICOLARE DI SPERMATOZOI IPSILATERALE AL TESTICOLO NEOPLASTICO IN PAZIENTI AZOOSPERMICI

Carmignani L.[1], Gadda F.[1], Gazzano G.[2], Ragni G.[3], Paffoni A.[3], Rocco F.[1], Colpi G.M.[4]
[1]Istituto di Urologia, Clinica Urologica I, Università degli Studi di Milano; [2]Servizio di Anatomia Patologica, A.O. San Paolo, Università degli Studi di Milano; [3]Servizio di Andrologia e Sterilità di Coppia, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; [4]Unità Operativa di Andrologia, A.O. San Paolo, Milano

Introduzione e Obiettivi: Scopo di questo lavoro è stato valutare la possibilità di esecuzione di una TESE (TEsticular Sperm Extraction) nello stesso testicolo affetto da neoplasia in corso di orchiectomia per neoplasia.
Metodi: È stato uno studio retrospettivo su 4 pazienti azoospermici con riscontro incidentale di neoplasia del testicolo. Tutti i pazienti non avevano avuto figli prima dell'intervento chirurgico ed erano fortemente motivati ad averne. Tutti sono stati sottoposti ad esplorazione chirurgica per inguinale con clampaggio del funicolo spermatico. Dopo l'escissione chirurgica del nodulo eseguita con l'ausilio della microscopia ottica, è stata eseguita una microTESE.
L'esame istologico estemporaneo non è stato eseguito nei casi di noduli di grosse dimensioni (diametro maggiore di 3 cm). Risultati 2 pazienti erano affetti da Seminoma classico e sono stati sottoposti ad orchifunicolectomia. 2 pazienti erano affetti da Tumore a cellule di Leydig, di cui uno è stato sottoposto ad orchiectomia per le grosse dimensioni del nodulo. La microTESE è stata eseguita in tutti e 4 i pazienti. Gli spermatozoi sono stati trovati in 3 pazienti e sono stati crioconservati. È stata eseguita una ICSI (IntraCytoplasmatic Sperm Injection) ma la gravidanza non è andata a buon fine.
Conclusioni: In caso di pazienti azoospermici con nodulo testicolare, la TESE ipsilateralmente al testicolo neoplastico è eseguibile ed evita ulteriori interventi chirurgici.

Bibliografia

1. Møller H, Skakkebaek NE Risk of testicular cancer in subfertile men: case-control study BJM 318: 599,1999
2. Jacobsen R, Bostofte E, Engholm G, Hansen J, Olsen JH, Skakkebaek NE, Møller H. Risk of testicular cancer in man with abnormal semen characteristic: cohort study BMJ 321:789-92, 2000
3. Skakkebaek NE, Rajpert-De Meyts E., Main KM.
Testicular dysgenesis syndrome: an increasingly common developmental disorder with environmental aspects.
Hum Reprod. 16: 978-978, 2001
4. Silber SJ, Van Steirteghem AC, Liu J, Nagy ZP, Tournaye H, Devroey P High fertilization and pregnancy rate after intracytoplasmatic sperm injection with spermatozoa obtained from testicular biopsy. Hum reprod 10:148-52,1995
5. Novero V Jr, Goossens A, Tournaye H, Silber S, Van Steirteghem AC, Devroey P. Seminoma discovered in two males undergoing successful testicular sperm extraction for intracytoplasmic sperm injection. Fertil Steril. 65:1051-4, 1996.
6. Kohn FM, Schroeder Prontzen I, Weidner W, Montag M, van del Ven H, Schill WB Testicular sperm extraction in a patient with metachronous bilateral testicular cancer Human Reproduction 16: 2343-2346, 2001
7. Colpi MG, Carmignani L, Nerva F, Piediferro G, Gadda F, Castiglioni F Testicular sparing microsurgery for suspected testicular masses BJU Int. 96: 67-69, 2005
8. Raman JD, Nobert CF, Goldstein M. Increased incidence of testicular cancer in men presenting with infertility and abnormal semen analysis. J Urol. 174 (5):1819-22, 2005; discussion 1822.
9. Choi BB, Goldstein M, Moomjy M, Palermo G, Rosenwaks Z, Schlegel PN. Births using sperm retrieved via immediate microdissection of a solitary testis with cancer. Fertil Steril. 84:1508, 2005.
10. Huddart RA, Norman A, Moynihan C, Horwich A, Parker C, Nicholls E, Dearnaley DP. Fertility, gonadal and sexual function in survivors of testicular cancer Br J Cancer 93: 200-207, 2005

Abstract n. 96 Comunicazione

FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE E CARATTERISTICHE CLINICHE DEL TUMORE TESTICOLARE A CELLULE DI LEYDIG: ESPERIENZA SU 24 CASI

Carmignani L.[1], Salvioni R.[2], Gadda F.[1], Colecchia M.[3], Gazzano G.[4], Galasso G.[1], Zambito S.[1], Spinelli M.[1], Colpi M.G.[5], Rocco F.[1]
[1]Istituto di Urologia, Clinica Urologica I, Università degli Studi di Milano; [2]U.O. Urologia, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano; [3]Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano; [4]Servizio di Anatomia Patologica, A.O. San Paolo, Università degli Studi di Milano; [5]Unità Operativa di Andrologia, A.O. San Paolo, Milano

Introduzione e Obiettivi: La storia naturale del Tumore a cellule di Leydig (LCT) non è ben conosciuta e la distinzione tra forme maligne e benigne non è facile. Questo è uno studio retrospettivo multicentrico sulle caratteristiche cliniche e istologiche e sul follow-up del LCT.
Metodi: Dal 1990 ad Agosto 2004, sono stati operati 24 pazienti affetti da LCT. Prima dell'intervento chirurgico tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame clinico, dosaggio dei markers tumorali (alfa-fetoproteina, beta-HCG, LDH), ecografia scrotale (US) e Rx torace. L'intervento chirurgico è stato condotto sotto guida ecografica o con palpazione intraoperatoria della gonade per via inguinale con clampaggio del funicolo spermatico. Lesioni con diametro inferiore a 3 cm sono state escisse ed inviate per esame istologico estemporaneo. Sono stati presi in considerazione i criteri istologici di Kim e Cheville. TC addome o ecografia addome e Rx torace sono stati eseguiti postoperatoriamente ogni 3 mesi per i primi 2 anni e ogni 6 mesi successivamente.
Risultati: Il range di età dei pazienti era 22-61 anni (media 37.75 anni). In 7 pazienti (29.2%) la lesione era palpabile; una diagnosi incidentale è stata fatta in 10 pazienti (41.7%). Negli altri pazienti la diagnosi è stata fatta con US eseguita per dolore testicolare (4 pts, 16.6%) o per la comparsa di ginecomastia (3 pts, 12.5%). L'esame istologico estemporaneo è stato eseguito in 20/24 pts (83%). In 17/20 pazienti (85%) LCT è stato diagnosticato già all'esame istologico estemporaneo. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad orchifunicoletomia. In tutti l'istologia definitiva ha interpretato la neoplasia come benigna. Il follow-up medio è stato di 117 mesi (min-max: 11-241 mesi).
In nessuno caso si è osservata recidiva o progressione di malattia e tutti i pazienti attualmente sono liberi da malattia.

Conclusioni: Nel nostro studio tutti i tumori di Leydig sono stati interpretati come benigni ed il follow-up a lungo termine è risultato negativo.

Bibliografia

1. Javier Navarro, F., Cozar, J.M., Nistal, M., Martinez-Pineiro, L., Moreno, J.A., Jimenez, J. et al. Leydig cell tumor: presentation of 3 new cases with a benign course. Arch Esp Urol. 44:145, 1991

2. Horstman, W.G., Haluszka, M. M. and Burkhard T.K. Management of testicular masses incidentally discovered by ultrasound. J Urol, 151:1263, 1994

3. Cheville, J.C., Sebo, T.J., Lager, D.J., Bostwick, D.G. and Farrow, G.M. Leydig cell tumor of the testis: a clinicopathologic, DNA content, and MIB-1 comparison of nonmetastasizing and metastasizing tumors. Am J Surg Pathol. 22:1361, 1998

4. Carmignani, L., Gadda, F., Gazzano, G., Nerva,F., Mancini, M., Ferruti, M. et al High incidence of benign testicular neoplasm diagnosed by ultrasound J Urol 170: 1738, 2003

5. Elert ,A., Olbert, P., Hegele, A., Barth, P., Hofmann, R. and Heidenreich, A. Accuracy of frozen section examination of testicular tumors of uncertain origin. Eur. Urol. 41:290, 2002

6. Wegner, H.E., Dieckmann, K.P., Herbst, H., Andresen, R. and Miller, K. Leydig cell tumor. Comparison of results of radical and testis-sparing surgery in a single center. Urol Int. 59: 170, 1997

7. Conkey, D.S., Howard, G.C., Grigor, K.M., McLaren, D.B., and Kerr G.R. Testicular sex cord-stromal tumours: the Edinburgh experience 1988-2002, and a review of the literature. Clin Oncol 17: 322, 2005

Abstract n. 97 Poster

PARAMETRI PROGNOSTICI NELLE LESIONI ECOGRAFICHE IMPALPABILI DEL TESICOLO NELL'ADULTO

Carmignani L.[1], Morabito A.[2], Gadda F.[1], Bozzini G.[1], Rocco F.[1], Colpi G.M.[3]

[1]Istituto di Urologia, Clinica Urologica I - Università degli Studi di Milano; [2]Dipartimento di Statistica, Università degli Studi di Milano, A.O. San Paolo, Milano; [3]U.O. Andrologia, A.O. San Paolo, Milano

Introduzione e Obiettivi: Attraverso una revisione della letteratura abbiamo valutato l'esistenza di parametri prognostici per le lesioni ecografiche impalpabili del testicolo nell'adulto.
Metodi: Abbiamo eseguito una ricerca bibliografica su PubMed, MEDLINE, EMBASE dal 1990 a Maggio 2004 usando parole chiave come lesioni ecografiche del testicolo, tumori impalpabili del testicolo e lesioni testicolari impalpabili. Sono stati trovati 6 articoli che descrivevano le caratteristiche istologiche, l'età dei pazienti, le dimensioni delle lesioni, la presenza di criptorchidismo e l'associazione con tumori in altri organi. È stata eseguita una analisi multivariata confrontando le caratteristiche che risultavano più interessanti all'analisi univariata.
Risultati: Sono state esaminate le caratteristiche di 48 lesioni ecografiche impalpabili. 15 lesioni erano tumori a cellule di Leydig (31%), 12 (25%) seminomi, 7 (14.5%) tumori a cellule germinali nonseminomatosi, 2 (4.5%) tumori a cellule di Sertoli, 12 (25%) forme benigne (fibrosi, infarto, lipoma, iperplasia mesoteliale, tumore adenomatoide). L'età media era di 37.5 anni, il diametro medio era di 10.11 mm. Le lesioni erano ipoecogene nel 85% dei casi. Il 31% dei pazienti era infertile. L'analisi multivariata ha rivelato che la diagnosi istologica era correlata con le dimensioni della lesione e con la presenza di infertilità. Le dimensioni erano in particolare correlate con i tumori germinali (per dimensioni comprese tra 16 e 32 mm, relative risk ratio [RRR] = 13.97, p=0.0449). L'infertilità risultava correlata con i tumori stromali (RRR = 9,681, p=0.022).
Conclusioni: Nonostante i limiti di uno studio retrospettivo di meta-analisi, è stata rilevata una interessante correlazione tra patologie maligne e caratteristiche di esordio delle lesioni ecografiche impalpabili. In particolare è stata trovata una interessante correlazione tra dimensioni della lesione e patologia maligna e tra tumore a cellule di Leydig e infertilità.

Bibliografia

1. Comiter, C.V., Benson, C.J., Capelouto, C.C., Kantoff, P., Shulman, L., Richie, J.P. and Loughlin, K.R. Non palpable intratesticular masses detected sonographically. J Urol, 154 : 1367, 1995

2. Horstman, W.G., Haluszka, M. M. and Burkhard T.K. Management of testicular masses incidentally discovered by ultrasound. J Urol,151:1263, 1994

3. Carmignani, L., Gadda , F.,Gazzano, G., Nerva, F., Mancini, M., Ferruti, M., Bulfamante, G., Bosari, S., Coggi, G., Rocco, F., and Colpi, G.M. High incidence of benign testicular neoplasm diagnosed by ultrasound J Urol vol170 1738-1786 2003

4. Hindley ,R.G., Chandra ,A.,,Saunders ,A. and O'Brein T.S. Impalpable testis cancer BJU International 92,572-574 2003

5. Hopps, C.V., and Goldstein, M. Ultrasound guided needle localization and microsurgical exploration for incidental non palpable testicular tumors. J Urol, 168 : 1084, 2002

6. Jacobsen, R., Bostofte, E., Engholm,G., Hansen, J., Olsen, J.H., Skakkebaek, N.E., Moller, H. Risk of testicular cancer in man with abnormal semen characteristic: cohort study BMJ 321:789, 2000

7. Coret, A., Leibovitch, I., Heyman, Z., Goldwasser, B. And Itzchak, Y.: Ultrasnographic evaluation and clinical correlation of intratesticular lesions: a series od 39 cases. Br J Urol. 76:216, 1995

Abstract n. 98 Comunicazione

ASSETTO ORMONALE A DISTANZA E FUNZIONE SESSUALE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO MONORCHIDE

Carmignani L.[1], Galasso G.[1], Acquati P.[1], Lania A.[2], Zambito S.[1], Spinelli M.[1], Beck-Peccoz P.[2], Salvioni R.[3], Nicolai N.[3], Rocco F.[1]

[1]Istituto di Urologia, Clinica Urologica I, Università degli Studi di Milano; [2]Dipartimento di Scienze Endocrine, Università degli Studi di Milano; [3]Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano

Introduzione e Obiettivi: I pazienti sottoposti a orchiectomia per tumore del testicolo perdono almeno il 50% del patrimonio di cellule di Leydig e Sertoli che può subire ulteriori insulti legati a chemio o radioterapia. Obiettivo dello studio è stato di valutare a distanza assetto ormonale e funzione sessuale di pazienti monorchidi.
Metodi: Dal settembre al dicembre 2005 sono stati rivalutati 20 pazienti sottoposti a orchiectomia per tumore del testicolo tra il 1986 e il 1996 presso l'Ospedale Policlinico e l'Istituto dei Tumori di Milano. 4 pazienti erano affetti da seminoma di cui 3 avevano eseguito radioterapia, 15 carcinomi embrionari successivamente sottoposti a LAD retroperitoneale di cui 1 aveva eseguito chemioterapia, 1 un tumore a cellule di Leydig. L'età media all'intervento era di 30,7 anni, l'età media al follow up endocrino-sessuologico di 44,7 anni. I pazienti sono stati sottoposti ad anamnesi, visita urologica, visita endocrinologica, ecografia scrotale e prelievo per il dosaggio di testosterone, FSH, LH, PRL, 17-beta-E2, colesterolo totale, trigliceridi, beta-HCG, alfa-FP, LDH. Il prelievo è stato eseguito fra le 8 e le 9 del mattino. È stato chiesto di compilare il questionario IIEF.
Risultati: I pazienti presentavano livelli di testosterone ai limiti inferiori di norma (valore medio 3.3ng/ml). In 5 i valori risultavano sotto il limite inferiore dando luogo ad un quadro di franco ipogonadismo. In tutti sono stati riscontrati elevati valori di FSH (valore medio 14,9mUI/ml) suggerendo la possibile compromissione della funzione di Sertoli. Metabolicamente i pazienti presentavano un profilo lipidico nei limiti di norma in presenza di un indice di massa corporea (BMI) suggestivo per modesto sovrappeso con un valore medio di 25.9. All'anamnesi 2 sono risultati affetti da ipertensione arteriosa in terapia, 2 da obesità, nessuno da patologie endocrinologiche. Alla valutazione ecografica il volume medio del testicolo residuo è stato di 22,04ml. Dall'analisi del questionario IIEF un solo paziente è risultato affetto da disfunzione erettiva lieve.

Conclusioni: La lunga aspettativa di vita di pazienti affetti da tumore del testicolo deve far considerare i problemi a distanza che una mutilazione come l'orchiectomia può comportare. Questi soggetti e più in generale gli orchiectomizzati andrebbero considerati a maggior rischio di sviluppare una andropausa.

Bibliografia

1. Morales A, Heaton JP, Carson CC III. Andropause: a misnomer for a true clinical entity. J. Urol.; 163-705-712
2. Vance ML. Andropause. Growth Horm and IGF Res. 13: S90 92, 2003
3. Harman SM, Metier EJ, Tobin JD et al for the Baltimore Longitudinal Study of Aging. Longitudinal effects of aging on serum total and free testosterone levels in healthy men. J. Clin. Endocrinol Metab 2001; 86: 724-731.
4. Ragni G, Arnoldi M, Somigliana E, Paffoni A, Brambilla ME, Restelli L. Reproductive prognosis in male patients with azoospermia at the time of cancer diagnosis. Fertil Steril. 2005 Jun;83(6):1674-9
5. Wang X, Stocco DM The decline in testosterone biosynthesis during male aging: a consequence of multiple alterations. Mol Cell Endocrinol. 2005 Jun 30; 238 (1-2): 1-7
6. Lombardo F, Sgro P, Salacone P, Gilio B, Gandini L, Dondero F, Jannini EA, Lenzi A. Androgens and fertility. J Endocrinol Invest. 2005; 28(3 Suppl): 51-5.
7. Haider SG. Cell biology of Leydig cells in the testis. Int Rev Cytol. 2004; 233:181-241
8. Schulze C. Sertoli cells and Leydig cells in man. Adv Anat Embryol Cell Biol. 1984; 88:1-104
9. Colpi GM, Contalbi GF, Nerva F, Sagone P, Piediferro G. Testicular function following chemo-radiotherapy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004 Apr 5;113 Suppl 1:S2-6
10. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A: The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997; 49: 822-30
11. Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N 3rd: The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. Int J Impot Res. 2002; 14: 226-44

Abstract n. 99 Comunicazione

BIOBANCA PER AUTOCONSERVAZIONE DEL SEME NEI TUMORI DEL TESTICOLO: 20 ANNI DI ESPERIENZA

Ragni G.[1], Carmignani L.[2], Serrago M.P.[2], Gadda F.[2], Calanna G.[1], Restelli L.[1], Paffoni A.[1]

[1]*U.O. Sterilità di Coppia ed Andrologia;* [2]*U.O. Urologia Fondazione Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, Milano*

Introduzione e Obiettivi: Le neoplasie testicolari (NT) rappresentano la più frequente forma di tumore in giovani uomini. Il miglioramento delle terapie antineoplastiche ha permesso di aumentare i tassi di sopravvivenza dei pazienti ma non elimina il possibile effetto secondario dell'inibizione della spermatogenesi in modo transitorio o permanente. È pertanto consigliabile il deposito di sperma presso una biobanca prima dell'inizio delle terapie. Obiettivo di questo lavoro è la descrizione della casistica di pazienti affetti da NT che nel periodo 1986-2003 si sono rivolti alla prima banca del seme pubblica sul territorio nazionale.

Figura 1.
Tasso cumulativo di utilizzo del liquido seminale crioconservato da pazienti affetti da neoplasia testicolare.

Metodi: Dal 1986 il deposito di liquido seminale viene attuato per ipsazione presso l'U.O. Sterilità di Coppia della Fondazione Policlinico di Milano prima dei trattamenti chemio- radioterapici. Se possibile, i pazienti effettuano più depositi, a distanza di 2-5 giorni. Il liquido seminale è analizzato secondo i criteri dell'OMS per poi essere diluito con crioprotettore e conservato in azoto liquido. I campioni gravemente oligospermici sono stati crioconservati anche prima dell'avvento della microiniezione dello spermatozoo.

Risultati: Dal 1986 al 2003, 473 pazienti affetti da NT hanno crioconservato il seme e rappresentano il 39.5% dell'intera casistica oncologica. L'età media al deposito è di 29.7 ± 6.3 anni. In 47 casi (9.9%) il deposito non è stato possibile a causa di azoospermia o necrozoospermia. Tra i 426 pazienti che hanno effettuato la crioconservazione, in 290 casi (68.1%) il liquido seminale presenta valori di volume, concentrazione e/o motilità totale inferiori agli attuali limiti di normalità fissati dall'OMS. I dati seminali sono riportati in Tabella 1. In totale sono stati congelati 980 eiaculati con una media per paziente di 2.3 ± 0.8. Il numero mediano di paillettes da 0,25 ml crioconservate per paziente è di 50 (range 3 - 65). Il follow up, condotto mediamente dopo 4,7 anni dal congelamento (range 1-15) ha dato i seguenti risultati: in 47 (9.5%) casi il seme crioconservato è stato eliminato su richiesta del paziente mentre 15 (3.5%) pazienti hanno utilizzato il seme depositato per pro-

Tabella 1.
Parametri seminali al momento del congelamento in pazienti affetti da neoplasia testicolare.
***Su 292 casi utilizzando i criteri stretti secondo Kruger**

	Media	Deviazione standard	Mediana	Inter Quartile Range
Volume (ml)	3,0	1,4	2,9	2,0 - 4,0
Concentrazione (Milioni/ml)	35,8	33,4	27,0	11,0 - 51,0
Mobilità Totale %	50	18	51	40 - 62
Mobilità Progressiva %	38	20	41	25 - 53
Vitalità %	62	16	65	53 - 73
Forme Fisiologiche %*	11	7,4	10	5 - 16

cedure di procreazione medicalmente assistita (PMA). Il tasso cumulativo di utilizzo è riportato in Figura 1 ed è pari al 7.0% quando il tempo trascorso dal deposito supera i 7 anni. La maggioranza dei pazienti, al follow up, non ha ricercato prole ma ha espresso volontà di mantenere il seme crioconservato per un eventuale utilizzo futuro.
Conclusioni: L'utilizzo di liquido seminale crioconservato da parte di pazienti affetti da NT è piuttosto limitato ma tende ad aumentare rapidamente estendendo il periodo di follow up; il basso tasso di utilizzo si può spiegare con la giovane età dei pazienti alla diagnosi, con il timore di ricorrere a materiale biologico che possa trasmettere la patologia, con la diffidenza verso le procedure di PMA e con la naturale ripresa della spermatogenesi che sembra occorrere in un'alta percentuale di casi. È necessario estendere questo tipo di follow up per approfondire l'utilità del servizio di crioconservazione in pazienti affetti da NT, ricordando l'importante supporto psicologico che tale procedura offre nell'affrontare le terapie.

Abstract n. 100 Poster

VALUTAZIONE DEL COMFORT E DELLA TOLLERABILITÀ DI DISPOSITIVI PER ELASTOCOMPRESSIONE AUTOMATICA SEQUENZIALE AGLI ARTI INFERIORI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA

Cindolo L.[1], De Fortuna E.[1], Tripodi V.[1], Schips L.[2], Spinetti F.[3], Salzano L.[1]
[1]Unità di Urologia, Azienda Ospedaliera "G. Rummo", Benevento, Italia; [2]Dipartimento di Urologia, Università di Medicina di Graz, Austria; [3]Chirurgia Vascolare, Azienda Ospedaliera "G. Rummo", Benevento, Italia

Introduzione e Obiettivi: La malattia tromboembolica venosa, i cui quadri clinici principali sono la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP), è una condizione frequente e potenzialmente fatale che insorge come complicanza non solo di interventi chirurgici ma anche di diverse condizioni patologiche mediche. Rappresenta la prima causa di morbilità e di mortalità nei pazienti ospedalizzati. La TVP è spesso asintomatica e la prima manifestazione può essere l'EP fatale, pertanto l'intervento medico deve indirizzarsi non tanto alla diagnosi precoce quanto alla prevenzione. Il rischio è legato non solo all'evento clinico, ma anche a fattori di rischio individuali. In chirurgia urologica il tromboembolismo venoso è la maggiore complicanza non chirurgica e viene rilevato in modo sintomatico nell'1-5% dei pazienti. Le risorse ospedaliere profilattiche per la TVP sono distinte in farmacologiche e meccaniche, tra queste la compressione pneumatica intermittente (CPI) sta guadagnando il consenso delle massime autorità internazionali. Scopo del lavoro è la valutazione della tollerabilità e del comfort di taluni dispositivi in soggetti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica.
Metodi: Lo studio monocentrico, spontaneo, ha un disegno prospettico e coinvolge solo pazienti operati per carcinoma della prostata nel periodo marzo 2004-marzo 2006. I pazienti operati presentavano tutti rischio molto alto di tromboembolismo, pertanto sono stati trattati con uso di SCD Response Tyco Healthcare con gambali a tutta coscia taglia media già dalla fase operatoria e fino alla deambulazione spontanea con aggiunta di enoxaparina sodica 4000UI/die f.s.c per 21 gg postoperatori. Ai pazienti è stato sottoposto in reparto in prima giornata postoperatoria un questionario arbitrario per la valutazione del comfort e della tollerabilità dei dispositivi. Sono stati esclusi dallo studio 2 pazienti non collaboranti e 4 sottoposti a terapia con anticoagulanti orali.
Risultati: Al momento dell'analisi 184 soggetti sono valutabili. Il dispositivo è risultato ben tollerato nel 63% dei casi, ha generato insonnia in circa il 23%, nella stragrande maggioranza dei casi non ha provocato dispnea; ed è risultato gradevole e non oppressivo (72% e 79%, rispettivamente). Il 44% dei pazienti ha lamentato un livello di rumorosità fastidioso e sei soggetti (3%) hanno fatto richiesta di rimozione del dispositivo precocemente (prima giornata). Nei casi di non attivazione (15 pazienti) della funzione di ricircolo dell'aria sui gambali i soggetti hanno lamentato eccessiva sudorazione che è stata prontamente risolta con l'attivazione del sistema. Alla nostra osservazione protratta per almeno 30 gg postoperatori non si sono registrati accidenti vascolari tromboembolici clinicamente evidenti.
Conclusioni: Nella nostra esperienza la profilassi della malattia tromboembolica venosa (TVP + EP) attuata con elastocompressione sequenziale automatica progressiva con dispositivi SCD Response Tyco Healthcare ed enoxaparina sodica è risultata sicura. I dispositivi descritti presentano un margine di elevata tollerabilità ed accettabilità. Verosimilmente un miglioramento della rumorosità potrebbe ottimizzare il gradimento degli stessi.

Abstract n. 101 Comunicazione

CALIBRAZIONE DI DUE DIFFERENTI MODELLI PROGNOSTICI PER IL CARCINOMA RENALE NON METASTATICO DOPO NEFRECTOMIA

Cindolo L.[1], Gallo C.[2], Chiodini P.[2], Salzano L.[1], Ficarra V.3, Schips L.[4], Tostain J.[5], de la Taille A.[6], Patard J.J.[7]
[1]Unità di Urologia, Azienda Ospedaliera "G. Rummo", Benevento, Italia; [2]Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva, Seconda Università di Napoli, Italia; [3]Dipartimento di Urologia, Università di Verona, Italia; [4]Dipartimento di Urologia, Università di Medicina di Graz, Austria; [5]Dipartimento di Urologia, Centro Ospedaliero Universitario di St. Etienne, Francia; [6]Dipartimento di Urologia, Centro Ospedaliero Universitario "Henri Mondor", Creteil, Francia; [7]Dipartimento di Urologia, Centro Ospedaliero Universitario "Pontchaillou", Rennes, Francia

Introduzione e Obiettivi: Negli ultimi anni sono stati sviluppati diversi modelli prognostici per predire l'evoluzione della malattia dopo nefrectomia nei soggetti con carcinoma renale (RCC). Questi modelli, tuttavia, differiscono notevolmente fra di loro per numero e tipologia di variabili prognostiche considerate, modalità di sviluppo, esito considerato, criteri di selezione dei soggetti. In uno studio precedente (Cindolo 2005), che aveva lo scopo di validare esternamente l'accuratezza predittiva di questi modelli, i due modelli post-operatori di Kattan (Kattan et al. J Urol 2001) e UISS (Zisman et al. J Clin Oncol 2002) hanno ottenuto i risultati migliori in termini di capacità di discriminazione. L'obiettivo di questo studio è di valutare la calibrazione, ossia quanto strettamente i valori predetti di probabilità coincidono con gli esiti osservati, dei due modelli in uno studio multicentrico europeo che coinvolge cinque centri da tre differenti nazioni (Italia, Austria, Francia).
Metodi: Lo studio multicentrico ha un disegno di coorte retrospettivo e coinvolge i pazienti operati per RCC nel periodo 1984-2002 da cinque centri europei. I criteri di inclusione sono gli stessi dei due modelli prognostici e in totale sono disponibili per l'analisi 2279 soggetti. Il nomogramma di Kattan stima la probabilità individuale di sopravvivenza libera dalla malattia (RFS) a distanza di 5 anni dall'intervento. Lo score UISS (UCLA integrated staging system) classifica i pazienti in tre gruppi a diverso rischio di andare incontro a morte per qualunque causa (OS). La calibrazione è valutata rappresentando su un grafico i valori di probabilità predetti a tempi definiti con i corrispondenti valori osservati stimati con il metodo di Kaplan-Meier (KM). La mancanza di calibrazione è evidenziata dall'entità dello scostamento dalla retta di eguaglianza. Ciascun modello è valutato utilizzando l'endpoint utilizzato

per generare il modello. L'informazione sulla data di recidiva della malattia è disponibile in due centri ai quali è stata ristretta la valutazione del modello di Kattan. Per ottenere stime di KM attendibili, le probabilità individuali del modello di Kattan sono state categorizzate in terzili.
Risultati: Al momento dell'analisi 520 soggetti sono morti con una stima della sopravvivenza OS a 5 anni del 79%. La recidiva della malattia è stata identificata in 132 dei 632 soggetti (19.3%) per i quali l'informazione era disponibile, con una stima della sopravvivenza RFS a 5 anni del 78%. Il modello di Kattan è risultato essere ben calibrato solo nella classe intermedia di rischio. Nella classe di rischio elevato il modello sovrastima la sopravvivenza RFS, mentre nella classe di rischio basso sottostima la sopravvivenza osservata. Il modello di Zisman sottostima complessivamente la sopravvivenza OS e soprattutto nelle due categorie a basso e alto rischio.
Conclusioni: Entrambi i modelli hanno mostrato un'insufficiente calibrazione. I risultati di questo studio suggeriscono quindi che le probabilità predette dai due modelli devono essere utilizzate con cautela in un contesto europeo e che sono necessari ulteriori studi con l'obiettivo di ricalibrare i due modelli.

Bibliografia
Cindolo L, Patard JJ, Chiodini P, et al. Comparison of predictive accuracy of four prognostic models for nonmetastatic renal cell carcinoma after nephrectomy: a multicenter European study. Cancer. 2005;104:1362-71

Abstract n. 102 Comunicazione
NEURO FUZZY SYSTEM E DIAGNOSI DEL TUMORE PROSTATICO

Benecchi L., Pieri A.M., Potenzoni M., Destro Pastizzaro C., Uliano N., Martens D., Savino A., Prati A., Arnaudi R., Potenzoni D.
Divisione di Urologia, Ospedale di Fidenza (Parma)

Scopo del Lavoro: I sistemi neurofuzzy uniscono la potenza delle reti neurali con le peculiarità della logica fuzzy. Scopo del nostro studio è quello di sviluppare un sistema neurofuzzy per la diagnosi di tumore prostatico e confrontare i risultati ottenuti con altre metodiche diagnostiche del tumore della prostata come il PSA e la percentuale di PSA libero. Allo stato attuale è il primo sistema neurofuzzy applicato alla diagnosi di patologie prostatiche.
Pazienti e Metodi: Sono stati utilizzati i dati di 1030 pazienti ambulatoriali o ricoverati seguiti presso la nostra divisione di urologia. Le mediane ed i range dell'età, del PSA e della percentuale di PSA libero sono risultati rispettivamente di 67,7 anni (range 45-92), 5,54 ng/ml (range 0,12-19,9) e di 18,6% (range 3,27-65).
195 uomini sono risultati affetti da carcinoma prostatico (18,9%). Questi 1030 pazienti sono stati suddivisi in 4 gruppi: 45% training group, 5% cross validation group, 5% test group, 45% validation group.
Abbiamo sviluppato un sistema neurofuzzy basato sul modello CANIS (Co-Active Neuro-Fuzzy Inference System). I risultati sono stati confrontati utilizzando la ROC analisi ed il calcolo della specificità al 95% e 90% di sensibilità.
Risultati: L'area sotto la curva ROC è risultata rispettivamente per il sistema neurofuzzy di 0,799 ± 0,029 (95% Intervallo di confidenza da 0,760 a 0,835), per il PSA di 0,724 ± 0,032 (95% Intervallo di confidenza da 0,681 a 0,765) e per la percentuale di PSA libero 0,766 ± 0,024 (95% Intervallo di confidenza da 0,725 a 0,804). L'area sotto la curva ROC del sistema neuro fuzzy è risultata statisticamente migliore sia di quella del PSA (p = 0,008) che della percentuale di PSA libero (p= 0,032). La specificità del sistema neurofuzzy al 95% di sensibilità è risultata del 31,9%.
Conclusioni: Il sistema neurofuzzy sviluppato per la diagnosi del tumore prostatico offre risultati migliori rispetto al PSA ed alla percentuale di PSA libero.

Abstract n. 103 Poster
IL PSA SLOPE È MIGLIORE DEL PSA VELOCITY

Benecchi L., Pieri A. M., Potenzoni M., Destro Pastizzaro C., Uliano N., Martens D., Savino A., Prati A., Arnaudi R., Potenzoni D.
Divisione di Urologia, Ospedale di Fidenza (Parma)

Pazienti e Metodi: Tale studio retrospettivo è stato condotto su 312 pazienti nei quali fossero disponibili almeno 3 dosaggi di PSA eseguiti presso il laboratorio centralizzato del nostro ospedale nell'arco di almeno 18 mesi. I dosaggi dovevano essere stati eseguiti in un tempo superiore ad 1 anno. I pazienti che hanno rifiutato di sottoporsi agli accertamenti urologici proposti sono stati esclusi dallo studio come abbiamo escluso i pazienti in terapia con inibitori della 5 alfa reduttasi. Il PSA slope è stato calcolato per ogni paziente come la pendenza della retta di regressione del PSA versus il tempo.
Risultati: L'età mediana è risultata di 66 anni (range 45- 86), 67 pazienti sono risultati affetti da carcinoma prostatico, 245 sono stati considerati controlli. Il PSA slope è risultato maggiore nei pazienti con tumore della prostata rispetto ai controlli (Mann Wintney U test p< 0,001). Alla ROC analisi il PSA slope ha evidenziato risultati migliori del PSA velocity (AUC 0.743 per il PSA slope; AUC 0.663 per il PSA velocity; p = 0.037).
Conclusioni: Il PSA slope permette una migliore discriminazione dei pazienti affetti da carcinoma prostatico dai controlli rispetto al PSA slope

Abstract n. 104 Video
ASPORTAZIONE LAPAROSCOPICA DI UN LIPOSARCOMA RETROPERITONEALE

Schips L., Lipsky K., Dalpiaz O., Pignoli A., Hutterer G., Zigeuner R., Petritsch P.
Clinica Urologica Università Graz (Austria)

Il Liposarcoma é una rara neoplasia ma rappresenta il secondo tumore piú frequente nel retroperitoneo. Anche raggiungendo dimensioni piuttosto grandi raramente è sintomatico. La sua caratteristica maggiore è la elevata frequenza di recidive locali. Il gold standard nel trattamento è rappresentato dall'escissione chirurgica. Nel nostro video presentiamo il caso di un paziente in cui la escissione del tumore è avvenuta con tecnica laparoscopica.
Case Report: È giunto alla nostra osservazione un paziente di 72 anni, precedentemente sottosposto a prostatectomia radicale per neoplasia prostatica, a cui è stata diagnosticata una sospetta neoplasia renale sin. di 3cm. Viste le immagini TC si decide di effettuare una esplorazione laparoscopica per via transperitoneale.
Durante l'intervento si osserva che la lesione sospetta non è a partenza dal rene ma a diretto contatto con la sua superficie. Si effettua quindi una asportazione laparoscopica della lesione con resezione del tessuto grasso circostante. Viene effettuato un esame estemporaneo del pezzo operatorio che esclude una lesione renale. L'intervento è durato circa 90 minuti. Il risultato istologico definitivo ha rilevato un Liposarcoma retroperitoneale ben differenziato. Non ci sono state complicanze intra o postoperatorie. Il paziente è stato dimesso in 5 giornata postoperatoria.
Conclusioni: A nostra conoscenza questa è la terza asportazione videolaparoscopica di un liposarcoma retroperitoneale ben differenziato ed è la seconda nella nostra clinica. A nostro avviso l'approccio laparoscopico puó essere una buona alternativa alla chirurgia open se si mantengono i pricipi di sepsi oncologica cosi da evitare le recidive.

Abstract n. 105 Comunicazione

EMOSTASI NELLA NEFRECTOMIA PARZIALE LAPAROSCOPICA CON L'UTILIZZO DEL VIVOSTAT SYSTEM

Schips L., Dalpiaz O., Gidaro S., Lipsky K., Zigeuner R., Petritsch

Clinica Urologica Universitá Graz

Introduzione ed Obiettivi: L'emostasi rappresenta una delle più importanti sfide nella nefrectomia parziale laparoscopica e finora sono state proposte numerose metodiche. Descriviamo una nuova tecnica con l'utilizzo di una colla di fibrina autologa ottenuta con il sistema Vivostat per ottenere l'emostasi durante nefrectomia parziale laparoscopica.
Metodi: Dal marzo 2005 al marzo 2006 sedici pazienti sono stati sottoposti a nefrectomia parziale laparoscopica per neoformazione renale. La colla autologa è stata preparata con il sistema Vivostat. Il sistema è composto da un processore, da un applicatore automatici e da un set monouso che include un dispensatore spray laparoscopico. Questo permette di nebulizzare la colla di fibrina omogeneamente sul letto di resezione. In 30 minuti il sistema produce, da 120 ml di sangue, circa 5 mL di colla che mantiene proprietà ed efficacia per più di otto ore a temperatura ambiente. Riportiamo il tempo operatorio, il tempo di ischemia e d'emostasi, le perdite ematiche, i livelli di emoglobina e creatinina pre- e postoperatoria.
Risultati: 11 pazienti erano maschi e 5 femmine con età media di 54 anni (range 31-68 anni). Il diametro medio delle lesioni renali era di 2.7 cm (range 1.7-5). Il tempo operatorio medio è risultato di 136 minuti (range 60-180 minuti). Tutti gli interventi sono stati effettuati da 1 solo operatore (L.S.) In 13 casi è stata clampata l'arteria renale con bulldog. Il tempo di ischemia calda medio è stato di 23 minuti (range 15-40 min). Sul letto di resezione sono stati dapprima apposti due punti riassorbibili con successivo utilizzo di elettrocauterio bipolare e nebulizzazione della colla di fibrina con apposito applicatore ottenendo l'emostasi entro 2 minuti. Le perdite ematiche medie intra-operatorie sono state di 100 cc (range 20-500 cc). I valori medi pre e post-operatori di emoglobina (14.9 vs. 12.6 g/dL, p=NS) e creatinina (0.91 vs. 0.95 ng/mL, p=NS) non hanno evidenziato una differenza statisticamente significativa. È stata effettuata 1 sola trasfusione in 1 paziente a causa di un sanguinamento intraoperatorio. Non si sono verificati sanguinamenti post-operatori né altra complicanza.
Conclusioni: La colla di fibrina autologa ottenuta con il sistema Vivostat è efficace, sicura e di facile utilizzo nell'ottenere un'emostasi immediata e duratura durante la nefrectomia parziale laparoscopica.

Abstract n. 106 Poster

LIVELLI DI TESTOSTERONE E CANCRO DELLA PROSTATA

Mearini L., Giannantoni A., Fioretti F., Cottini E., Nunzi E., Zucchi A.

Clinica Urologica Università di Perugia

Introduzione: Il patrimonio ormonale ed in particolare gli androgeni svolgono un ruolo fondamentale nel controllo della crescita prostatica fisiologica e patologica, specie per le due patologie piu' frequenti, l'ipertrofia e il carcinoma. In questo studio abbiamo valutato l'assetto ormonale (testosterone, FSH, LH, PRL) in due gruppi di pazienti affetti da ipertrofia prostatica e da carcinoma della prostate per valutare se è possibile evidenziare un markers diagnostico-prognostico aggiuntivo.
Materiali e Metodi: Sono stati esaminati 128 pazienti afferiti presso la nostra Clinica per LUTS o per una valutazione di un reperto incidentale di elevati valori del PSA: 63 sono risultati affetti da IPB, 68 da carcinoma della prostata CP. A tutti i pazienti è stato eseguito un prelievo basale di testosterone T, FSH, LH e prolattina; è stata quindi effettuata una analisi multivariata impiegando la malattia (IPB o CP) come variabile dipendente. Nei pazienti con tumore della prostata i parametri ormonali sono stati correlati ai fattori prognostici standard (PSA, stadio tumorale, grading). Infine è stata valutata la sensibilità e specificità delle singole misurazione ormonali per la diagnosi di malattia
Risultati: I valori medi del testosterone sono risultati inferiori nei pazienti con CP rispetto ai pazienti con IPB ($p<0.01$); nel 37% dei pazienti con neoplasia i valori sono risultati inferiori alla soglia di normalità (<2.4 ng/ml) e nel 29% dei casi inferiori alla soglia di castrazione (<0.5 ng/ml). Anche l'LH è risultato ridotto nei pazienti con neoplasia (31% dei casi). Alla analisi multivariata, il testosterone ha una validità predittiva indipendente; associando il PSA e il testosterone con cut-off specifici la specificità raggiunge il 100%.
Conclusioni: Questo studio fornisce una chiara dimostrazione che il tumore della prostata si associa a ridotti livelli di testosterone e LH, e che questi ultimi hanno un valore prognostico significativo. Nella fase diagnostica, l'associazione del testosterone incrementa la specificità del test.

Abstract n. 107 Comunicazione

ASAP E CARCINOMA PROSTATICO

Mearini L., Costantini E., Cottini E., Nunzi E., Zucchi A.

Clinica Urologica Università degli Studi di Perugia

Introduzione: La biopsia prostatica rappresenta il più importante momento diagnostico del carcinoma prostatico. In percentuali variabili (0.4-23.4% secondo la letteratura) il referto istologico è rappresentato dal cosiddetto ASAP o "atypical small acinar proliferation" sospetto ma non diagnostico di malignità. In circa il 40-50% dei casi l'ASAP rappresenta solo un "undersampled cancer", con tutte le implicazioni relative al follow up ed alla terapia di questi casi. Riportiamo la nostra esperienza relativa a oltre 800 biopsie prostatiche eseguite dal 1999 al 2004 con particolare riferimento al reperto di ASAP in prima diagnosi ed al follow up successivo.
Materiali e Metodi: Dal 1999 al 2004 presso la nostra Clinica sono state eseguite 808 biopsie prostatiche transperineali ecoguidate. L'età media dei pazienti era 68 anni (range 40-84), il PSA basale medio 22.3 ng/ml (range 0,01-1631 ng/ml). L'indicazione alla biopsia è stata: solo ER 0.7%; solo TRUS 0.3%; solo PSA 39%; ER+TRUS 5%; ER+PSA 7%; TRUS+PSA 11%; ER+TRUS+PSA 37%. A tutti i pazienti con reperto di ASAP è stato proposto un controllo del PSA a 3 mesi con eventuale re-biopsia a 3-6 mesi.
Risultati: Nel complesso, la biopsia è risultata positiva per adenocarcinoma nel 39.8% dei casi. PIN si è riscontrato nel 2.3% dei casi mentre l'ASAP è stato rilevato nel 5.8% dei casi (47 pazienti). Nel 29% dei casi era presente flogosi cronica consensuale. Il rapporto fra ASAP e reperto pre-bioptico è stato: solo ER+ 0%; solo TRUS+ 0%; solo PSA+ 56%; ER+TRUS 2%; ER+PSA 11%; TRUS+PSA 8%; ER+TRUS+PSA 23%. Solo 42 pazienti sono stati seguiti nel follow up e solo 29 hanno ripetuto la biopsia ad una media di 4.2 mesi. Tutti i 13 pazienti seguiti solo con il PSA hanno mostrato valori stabili nel tempo e per il momento hanno rifiutato la ripetizione della biopsia. Dei 29 re-biopsiati, il 33.3% è risultato negativo, il 22.2% ha presentato di nuovo un reperto di ASAP mentre adenocarcinoma è risultato presente nel 44.4% dei pazienti. Rispetto ai parametri di base (età, PSA, volume prostatico, PSA density, PSA velocità), è risultato significativo il rapporto fra adenocarcinoma prostatico e PSA density ($p<0.01$), volume prostatico ($p<0.01$), mentre la PSA velocity ha raggiunto i limiti della significatività statistica ($p=0.65$). L'incidenza cumulativa di adenocarcinoma prostatico per ASAP primario è stata del 51.7%. 9 pazienti sono stati sottoposti a prostatectomia radicale con un reperto di malattia localmente avanzata nel 33.3% dei casi.

Discussione e Conclusioni: Nella nostra esperienza la percentuale di ASAP alla prima biopsia è stata relativamente bassa (6% dei casi) e maggiormente presente nei pazienti con elevati valori di PSA e reperto ER e TRUS negativi. Si è confermata la discreta percentuale di pazienti che rifiutano un follow up bioptico, che peraltro ha mostrato una incidenza complessiva di referti positivi per adenocarcinoma in oltre il 50% dei casi, in perfetta congruenza con la letteratura.
I pazienti a rischio di biopsia positiva sono risultati quelli con elevati valori basali di PSA, elevata PSA density e prostata di piccolo volume, con incremento temporale del PSA, mentre tutti quelli con PSA stabile o in decremento al follow up sono risultati negativi.
È possibile pertanto ipotizzare una modifica delle linee guida del paziente con ASAP alla prima biopsia: ai pazienti con particolari caratteristiche basali ed incremento temporale del PSA (equivalente alla PSA velocity) potrebbe essere proposto un trattamento radicale senza ripetere la biopsia.

Abstract n. 108 Comunicazione Selezionata

CELLULE STAMINALI RESIDENTI NEL RENE CONTRIBUISCONO ALLO SVILUPPO E ALL'ANGIOGENESI DEL CARCINOMA RENALE

Graziano M.E.[2], Bruno S.[1], Bussolati B.[1], Grange C.[1], Cucchiarale G.[2], Volpe A.[2], Camussi G.[1], Ferrando U.[2]
[1]Dipartimento di Medicina interna e Centro Ricerca Medicina Sperimentale (CeRMS), Università di Torino; [2]S.C. Urologia 3 D.O. - A.S.O. San Giovanni Battista Molinette - Torino

Introduzione e Obiettivi: L'angiogenesi tumorale è considerata dipendere principalmente dal reclutamento di cellule endoteliali dai capillari locali. Nel presente studio, abbiamo valutato e dimostrato l'ipotesi che cellule staminali residenti nel rene possano contribuire alla vascolarizzazione e alla crescita del carcinoma renale.
Metodi: Abbiamo evidenziato la presenza di cellule CD 133+ (marcatore staminale di membrana) in 30 carcinomi renali umani, età pazienti 29-82 anni, 65% maschi. Queste cellule sono state isolate e caratterizzate come cellule staminali residenti renali sulla base dell'espressione di marker cellulari staminali embrionali e mesenchimali e la mancanza di markers ematopoietici.
Risultati: Non abbiamo riscontrato alcuna correlazione tra il numero di cellule CD133+ e lo stadio/grado tumorale o età/sesso paziente. Le cellule staminali CD 133+, in vitro, si sono dimostrate capaci di differenziare in cellule endoteliali (in presenza di FGF e HGF) e in cellule epiteliali (in presenza di VEGF). Inoltre, sempre queste cellule CD133+in presenza di cellule tumorali renali differenziano in cellule endoteliali che, in vivo, impiantate sottocute in topi SCID sono in grado di formare vasi sanguigni capaci di collegarsi al sistema vascolare del topo.
Le stesse cellule staminali CD 133+ se coiniettate sottocute in topi SCID con cellule di carcinoma renale invece promuovono l'attecchimento tumorale e la sua crescita tramite un processo di angiogenesi nel 100% dei topi e la maggior parte dei neovasi derivavano da quelle cellule CD133+ umane (esprimono HLA-classe I umana). D'altro canto, iniettando cellule tumorali renali sottocute, in assenza di cellule staminali CD133+ la comparsa di tumore si verifica solo in 20% di topi.
Conclusioni: Le cellule CD133+ giocano un ruolo importante nello sviluppo e nella crescita del carcinoma renale, non presentano capacità tumorigenica, bensì per differenziazione endoteliale, contribuiscono all'angiogenesi, fenomeno fondamentale per lo sviluppo del tumore loco-regionalmente, ma anche per la sua diffusione metastatica.

Abstract n. 109 Poster

MESSA A PUNTO DI UN VACCINO CELLULARE PER LA CURA DEL TUMORE PROSTATICO

Brusa D., Bisignano G., Greco A, Signorino E., Tizzani A., Matera L.
Progetto Prostata - Centro per la Ricerca, la Diagnosi, la Terapia del Tumore Prostatico - Università di Torino

Le cellule dendritiche (DC) sono dotate di attività fagocitica e della proprietà unica di processare e presentare epitopi di antigeni esogeni nel contesto di molecole MHC di classe I (cross-presentazione) a progenitori naive di linfociti citotossici (CTL) Per questa proprietà le DC rappresentano l'adiuvante biologico più potente e sono attualmente impiegate nella vaccino-terapia basata su antigeni associati al tumore (TAA). Data la scarsa tossicità di questa terapia, se ne è prospettata l'applicabilità nel tumore prostatico, oltre che nella fase metastatica resistente alla terapia ormonale, anche in un setting adiuvante, in presenza di sola progressione biochimica. Su queste premesse è stato disegnato un vaccino a DC che porterà in membrana due peptidi dell'antigene prostatico PSMA. La valutazione di sicurezza ed efficacia del vaccino sarà avviata prossimamente in uno studio clinico di Fase I. Attualmente, se ne sta valutando la fattibilità in vitro su pazienti che rispondono ai criteri di reclutamento. Dal sangue dei pazienti, selezionati per l'allele HLA-A2, erano isolati i monociti attraverso adesione su plastica. Le DC, ottenute dopo sei giorni di coltura con GM-CSF e IL-4 e successivi due giorni con TNF-a e PGE2 erano caricate con i nonapeptidi di PSMA ALFDIESKV, VLAGGFFLL e LLHETDSAV, con restrizione HLA-A2, putativi epitopi per i CTL. La maturazione delle DC, valutata sulla base della scomparsa del marcatore CD14 e dell'aumento/comparsa dei marcatori CD40, CD80, MHC II e della capacità di generare una risposta in linfociti allogenici è risultata comparabile nei donatori normali e nei pazienti. Le DC così caricate erano incubate con i linfociti autologhi. Dopo tre cicli di sensibilizzazione era studiata la risposta dei linfociti all'antigene sensibilizzante presentato dalle stesse DC o dalla linea T2 o espresso in modo nativo dalla linea di tumore prostatico umano LNCaP. La produzione di citochine Th1 era determinata in un test di ELIspot-IFNγ in presenza di mAb anti-MHC I bloccante. L'attività litica dei CTL era determinata in un test del rilascio del 51Cr, in presenza della linea K562 fredda bloccante l'attività NK. I risultati dimostrano una paragonabile generazione di CTL con specificità PSMA nelle colture generate da linfociti di pazienti e di donatori normali. In entrambi i casi i CTL riconoscevano con maggiore efficienza i peptidi sensibilizzanti presenti sulla linea T2 rispetto all'antigene PSMA nativamente espresso sulle cellule LNCaP. Questo dato potrebbe essere riferibile ad una inidonea presentazione dell'antigene da parte della linea tumorale o dalla produzione da parte di questa di fattori inibenti l'attività dei CTL. Qualunque sia il meccanismo, la resistenza da parte del tumore alla lisi mediata da CTL PSMA-specifiche, se presenti in vivo, potrebbe compromettere l'esito della risposta alla terapia vaccinica. È al momento in corso, nel nostro ed in altri centri, la valutazione di terapie combinate in grado di contrastare l'immunoevasione tumorale e di rendere quindi ottimale l'efficacia vaccinica.

Abstract n. 110 Comunicazione

UTILIZZO DELLA DULOXETINA IN PAZIENTI CON INCONTINENZA URINARIA SECONDARIA A PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA

Corbu C., Ruggiero G., Ambruosi C., Banchero R., Romagnoli A., Carmignani G.
Clinica Urologica "L. Giuliani", Azienda Ospedaliera San Martino di Genova

La duloxetina è un inibitore della ricaptazione della serotonina e noradrenalina già in uso per la terapia della stress incontinence nella donna. Abbiamo utilizzato il farmaco in pazienti (pz). sottoposti a chirurgica radicale della prostata con incontinenza residua per valutare l'efficacia del farmaco, il miglioramento della qualità di vita, la comparsa di effetti collaterali e l'eventuale efficacia terapeutica anche dopo sospensione del farmaco. Abbiamo valutato 44 pz consecutivi, età media 72 anni (range 58-76) continenti preoperatoriamente, sottoposti a prostatectomia radicale retropubica tra ottobre 1994 e settembre 2003 presso il nostro Istituto con incontinenza urinaria residua non trattata. L'incontinenza pre e post terapia è stata valutata con la scala di O´Donnell, il Pad Test, l'Incontinence Quality of Life Questionnaire score (I-QOL) e il numero di pannolini utilizzati nelle 24h. Il dosaggio della duloxetina è stato di 1 compressa da 40 mg due volte al giorno per 2 mesi. Tutti i pz ricorrevano all'utilizzo di almeno 1 pannolino al giorno. Considerando i punteggi superiori a 85 dell'I-QOL score, si è registrato un incremento del 14%. Analizzando il pad test si è notato una incremento del 34% nel numero di pannolini con peso inferiore a 20g Il 52% dei pz. non ricorreva ad alcun pannolino nelle 24h. Due pz (4,5%) hanno sospeso la terapia per riferita inefficacia dopo 3 settimane di trattamento. Undici pz (25%) hanno lamentato eventi avversi; di questi, 4 pz (9%) hanno sospeso la terapia. Il 76% non ha avuto alcun effetto avverso. Non sono state riscontrate differenze significative dell'efficacia del farmaco in relazione all'età del paziente, alla tecnica chirurgica utilizzata (collo conservato e risparmio dei fasci neurovascolari). Al termine della terapia tutti i pz. sono ritornati allo status quo ante in un tempo medio di 22 giorni (min 8 max 34). La duloxetina si è rivelato un farmaco efficace, sicuro e ben tollerato anche nei pz. con incontinenza urinaria secondaria a prostatectomia radicale retropubica.

Abstract n. 111 Poster

TRATTAMENTO PERCUTANEO DI UROTELIOMA DELLA PELVI RENALE CON LASER A TULLIO: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Corbu C., Gastaldi C., Banchero R., Ruggiero G., Romagnoli A., Carmignani G.

Clinica Urologica "L. Giuliani", Azienda Ospedaliera San Martino di Genova

La possibilità di trattare per via endoscopica tumori uroteliali delle alte vie escretrici è ben documentata in letteratura. Il trattamento standard di tale patologia rimane attualmente la nefroureterectomia, tuttavia in casi particolari è possibile eseguire un trattamento endourologico con altettanti buoni risultati. L'utilizzo del Laser nel trattamento endoscopico dei tumori ureterali e della pelvi renale rappresenta una possibile opzione terapeutica. Riportiamo il caso di un paziente monorene sinistro, ad alto rischio chirurgico con tumore uroteliale della pelvi renale G1 che abbiamo sottoposto a vaporizzazione con Laser Tullio per via percutanea. A Gennaio 2006 è giunta alla nostra osservazione per ematuria un paziente di 79 anni monorene sinistro. In anamnesi si segnalano nefroureterectomia destra (nel 1990) per carcinoma uroteliale della pelvi renale (pT1-G2), TURB (pTaG1) (nel 1993), arteriopatia cronica agli arti inferiori sottoposta a by-pass femoro-femorale destro, pregressa resezione del sigma per diverticolite, insufficienza renale cronica (creatininemia 2.9 mg/dl), ipertensione arteriosa, BPCO, e IPB. La TC addominale con m.d.c. che evidenzia un difetto di riempimento a livello del giunto pieloureterale sinistro di circa 2 cm di diametro di probabile natura discariocinetica. Sono state inoltre eseguite una pielografia retrograda e una ureterorenoscopia che hanno confermato la presenza di una voluminosa neoformazione di aspetto papillare al giunto pieloureterale non agevolmente dominabile per via retrograda. Si è optato per sottoporre il paziente ad una procedura percutanea nel corso della quale sono state eseguite delle biopsie multiple e un tentativo di trattamento con Laser ad Olmio da 25 Watt (Sphinx).

L' esame istologico ha dimostrato la presenza di un carcinoma uroteliale di basso grado (G1). Dopo 10 giorni abbiamo eseguito una dilatazione del tramite, introduzione del nefoscopio, visualizzazione della neoplasia e sua vaporizzazione con Laser a Tullio a 70 watt (Revolix) con sonda side firing che ha consentito l'ablazione completa della lesione. Al termine della procedura è stato posizionato per via anterograda su guida metallica uno stent ureterale e un drenaggio renale. Il decorso postoperatorio è stato regolare e privo di complicanze. Il paziente è stato dimesso in quinta giornata e dopo 15 gg lo stent è stato rimosso. L'esame istologico finale ha riconfermato il precedente, la biopsia profonda sul letto di vaporizzazione è risultata negativa. A 6 mesi è stati eseguiti esami citologico, cistoscopia e una RMN dell'apparato urinario con posa urografica, tutti gli esami sono negativi. Il trattamento di elezione dei tumori uroteliali dell' alta via escretrice è la nefroureterectomia.

Alcuni autori ritengono che possa essere una procedura eccessiva in più dei 2/3 dei pazienti (anche con rene controlaterale sano) poiché in casi selezionati è possibile effettuare con successo un trattamento endoscopico sia percutaneo che ureteroscopico con risultati sovrapponibili. Le indicazioni assolute ad un trattamento endourologico sono: rene unico, malattia bilaterale, insufficienza renale, rischio chirurgico elevato, malattia di basso grado, non infiltrante e monofocale. Poiché il nostro paziente rispondeva a tali requisiti è stata utilizzata una metodica per cutanea con ottimi risultati immediati e follow-up a breve termine negativo.

Abstract n. 112 Poster

CASO CLINICO DI PARAGANGLIOMA VESCICALE

Corbu C., Gastaldi C., Pacella M., Ambruosi C., Petrera P., Carmignani G.

Clinica Urologica "L. Giuliani" Azienda Ospedaliera San Martino di Genova

Nei tumori di origine neuroendocrina la sede extrasurrenalica è varia con localizzazioni spesso multiple. La sede vescicale è stimata attorno al 10%. Raramente hanno tendenza a metastatizzare. Il rischio maggiore è dovuto alle complicanze intra e postoperatorie dovute alle alterazioni emodinamiche causate dall'aumentato rilascio di catecolamine durante la manipolazione della massa tumorale. Riportiamo un caso clinico di paraganglioma vescicale giunto alla nostra osservazione e sottoposto a cistectomia parziale. Una paziente di 69 anni ipertesa da dieci anni, ma in buon compenso con terapia con calcioantagonisti, giunge alla nostra osservazione nel gennaio 2006 per macroematuria monosintomatica. Nel giugno 2004 la paziente era stata sottoposta a quadrantectomia e radioterapia adiuvante per carcinoma mammario e poi avviata a terapia con antiestrogeni. In anamnesi non risultavano ulteriori resoconti di interesse medico-chirurgico. La paziente riferiva comparsa da un anno di saltuari episodi di cardiopalmo accompagnati da flushing e iperidrosi. L'ECG basale mostrava tachicardia sinusale (FC 100 bpm), mentre un'ecografia dell' addome rivelava una neoformazione della parete laterale sinistra della vescica, senza idronefrosi. Alla cistoscopia si rinveniva una lesione nodulare sinistra, di probabile pertinenza parietale, che improntava una mucosa uroteliale sana. Una risonanza magnetica addomino-pelvica confermava una lesione espansiva di 4 cm, ben delimitata dai piani circostanti, nel contesto della parete vescicale sinistra, mentre non erano presenti lin-

foadenomegalie. A febbraio 2006 è stata eseguita una TUR bioptica della suddetta formazione che all' esame istologico risultava un paraganglioma intraparietale, positivo all' immunoistochimica per CgA, NSE, PGP9 e S100. Le successive indagini laboratoristiche mostravano un significativo aumento delle catecolamine, metanefrine urinarie e dei loro metaboliti e della cromogranina-A plasmatica. La scintigrafia total-body con MIBG mostrava esclusiva ipercaptazione a livello della lesione vescicale. Ad aprile 2006, dopo adeguato trattamento preoperatorio (terapia con alpha e beta-bloccanti e iperidratazione) è stata eseguita una laparotomia esplorativa nella quale, previa mobilizzazione della porzione esovescicale della lesione secondo tecnica "no-touch", si procedeva ad asportazione in toto della stessa con resezione di una pastiglia di parete vescicale.
Durante tutta la fase di mobilizzazione della neoplasia le condizioni emodinamiche sono rimaste stabili, salvo una fugace ma significativa caduta pressoria subito dopo l' escissione.
Il decorso post-operatorio è stato regolare, con normalizzazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca e, successivamente,anche dei parametri urinari alterati e della CgA.
La peculiarità del caso esposto è l' assenza dei parossismi associati alla minzione, caratteristici della sindrome da "carcinoide vescicale".
Infatti la paziente presentava alla diagnosi solo modesti e rari episodi di cardiopalmo ed un' ipertensione lieve di lunga data.
Tuttavia, anche in questi casi l' adeguata preparazione permette la prevenzione di fenomeni emodinamici intra- e peri-operatori, tipici di neoplasie secernenti catecolamine.

Abstract n. 113 Poster

SARCOMA SINOVIALE DEL RENE

Corbu C., Ambruosi C., Venzano F., Petrera P., Romagnoli A., Carmignani G.
Clinica Urolgica "L. Giuliani", Azienda Ospedaliera San Martino di Genova

Il sarcoma sinoviale primitivo del rene è una patologia estremamente rara, approssimativamente sono riportati una dozzina di casi in letteratura. Più frequente nei giovani,. la diagnosi è solo istologica, essendo da un punto di vista radiologico non differenziabile dal carcinoma. La prognosi è globalmente buona. Tutti gli autori sono concordi nella terapia chirurgica radicale. Una paziente di 40 anni giunge alla nostra osservazione nel giugno 2005 per macroematuria monosintomatica. Da circa tre anni era sotto controllo ginecologico per un fibroma uterino. Nel marzo 2004 la paziente era stata sottoposta a intervento per correzione di un ernia del disco L3-L4. In anamnesi non risultavano ulteriori resoconti di interesse medico-chirurgico. La paziente riferiva comparsa circa tre mesi prima due episodi macroematuria seguiti da dolore lombare tipo "colica" renale destra. Esame obiettivo negativo. L'ETG dell'apparato urinario segnalava un'area a contenuto liquido al terzo superiore del rene destro sospetta per "cisti complicata" di 3 cm di diametro. La TC con mdc e la RMN addomino-pelvica, evidenziavano, a livello del III superiore del rene dx una neoformazione a struttura mista con scarso enhancement, con disomogeneità corticale e presenza di struttura cistica a pareti ispessite con estensione nella midollare giungendo a contattato con il gruppo caliciale superiore. Non erano presenti linfoadenomegalie. La paziente è stata sottoposta a esplorativa renale con accesso lombotomico, la procedura iniziale è stata improntata ad una enucleazione della neoplasia che è risultata. Un'attenta osservazione del letto di enucleazione evidenziava però il sospetto di una infiltrazione di un calice superiore per cui si è deciso di eseguire una nefrectomia radicale.
Il decorso postoperatorio è stato regolare e privo di complicanze, la paziente è stata dimessa in VI giornata.
Il referto istologico del pezzo operatorio ha segnalato la presenza di un sarcoma sinoviale monofasico ben differenziato del rene di 4.2x2.x2 cm. Il follow-up oncologico a 15 mesi è negativo.
La peculiarità del caso esposto è rappresentata dalla globale bassa incidenza del sarcoma sinoviale localizzati a livello del rene, sono descritti in letteratura solo 12 casi.
La prognosi è globalmente buona e il rischio maggiore è la recidiva locale. Il fattore prognostico principale sembra essere la dimensione della massa tumorale e corretta radicalità della exeresi chirurgica.

Abstract n. 114 Comunicazione

TUMORI "RARI" DELLA VESCICA

Corbu C., Ambruosi C., Pacella M., Venzano F., Varca V., Carmignani G.
Clinica Urologica di Genova, Azienda Ospedaliera San Martino

La patologia oncologica della vescica è rappresentata nella maggioranza dei casi (90%) dall'urotelioma vescicale nelle sue varie forme superficiali e infiltranti ad alto e basso grado. Meno frequenti (intorno al 5-10%) sono gli adenocarcinomi e carcinomi squamocellulari. Più raramente la patologia neoplastica della vescica può originare gruppi cellulari non uroteliali. Riportiamo la descrizione di 4 casi clinici di "rare" neoplasie vescicali (due casi di leiomioma vescicale, un caso melanoma vescicale e un caso di paraganglioma vescicale) che per incidenza, diagnosi differenziale, strategia chirurgica e peculiarità della gestione perioperatoria meritano particolari attenzioni. In tutti i casi si trattava di un primo episodio. Il sintomo di esordio era stato l'ematuria nel paraganglioma e nel melanoma vescicale; riscontro incidentale nei casi di leiomioma vescicale. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a TC (o RMN) e cistoscopia preoperatoria. La paziente con paraganglioma vescicale riferiva comparsa da un anno di saltuari episodi di cardiopalmo accompagnati da flushing e iperidrosi, sottoposta a TURB che ha fornito una conferma istologica. È stata avviata a cistectomia parziale previo adeguato trattamento preoperatorio (terapia con alpha e beta-bloccanti e iperidratazione). Le due pz con leiomioma vescicale sono state sottoposte direttamente ad intervento risolutivo, in un caso cistectomia parziale e nell'altro a TURB, le dimensioni della neoplasia erano di 4 e 3 cm rispettivamente. Il paziente con melanoma vescicale è stato sottoposto solamente ad intervento di TURB diagnostico e non è stato associato alcun intervento radicale essendo la malattia, al momento della diagnosi, metastatica. I pazienti con paraganglioma e i due con leiomioma vescicale sono attualmente in ottime condizioni generali e locali con un follow-up rispettivamente di 11, 8 e 7 mesi. Il pz con melanoma vescicale è deceduto a 9 mesi dalla diagnosi. La rara incidenza dei casi esposti [leiomioma vescicale (< 1%), paraganglioma vescicale (0.06%), linfomi primitivi della vescica e il melanoma vescicale (20 soli casi riportati in letteratura] rende difficile il corretto inquadramento diagnostico e la scelta della strategia terapeutica più appropriata. Nei leiomiomi vescicali la maggior parte degli autori ritiene che sia più valido l'approccio chirurgico. Nei nostri due casi, molto simili per dimensione e posizione, abbiamo utilizzato sia l'approccio chirurgico nel primo caso sia quello endoscopico nel secondo caso ottenendo apparentemente lo stesso risultato terapeutico.
Nel paraganglioma vescicale, abbiamo optato, in accordo con la letteratura per un approccio laparotomico, e, previo isolamento e mobilizzazione della porzione esovescicale della lesione secondo tecnica "no-touch", si è proceduto ad asportazione in toto della stessa con resezione di una pastiglia di parete vescicale. Per il paziente con melanoma vescicale non è stato possibile procedere ad ulteriori approcci terapeutici essendo al momento della diagnosi già metastatica.

Abstract n. 115 Poster

PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA "CONTINENCE SPARING": VALUTAZIONE DEI MARGINI CHIRURGICI E DELLA RIPRESA BIOCHIMICA DI MALATTIA

Perugia G., Di Viccaro D., Teodonio S., Di Natale G., Liberti M.

Dipartimento di Urologia U. Bracci - Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Obiettivi: Il problema della incontinenza legata alla prostatectomia radicale rimane ancora non completamente risolto, con una incidenza che varia in Letteratura dal 6% al 20%, anche nelle mani dei chirurghi più esperti che operano in centri di eccellenza.
Il recupero immediato della completa continenza post-operatoria, nel paziente trattato per patologia neoplastica, produce un impatto psicologico estremamente positivo, per questo motivo, lo scopo del nostro studio è stato quello di eseguire l'intervento di prostatectomia radicale retropubica (RRP) con tecnica "continence sparing" mediante risparmio anatomico delle fibre del collo vescicale e dei legamenti pubo-prostatici e di valutare allo stesso tempo le eventuali conseguenze sulla incidenza dei margini chirurgici positivi e sulla ripresa biochimica di malattia.
Materiali e Metodi: 86 pazienti di età compresa tra 51 e 73 anni (età media 62 anni), affetti da carcinoma della prostata clinicamente localizzato sono stati sottoposti a RRP con tecnica "continence sparing".
Nel corso dell'intervento chirurgico, eseguito sempre dallo stesso operatore, sono stati eseguiti prelievi dei margini di resezione per esame istologico. Il PSA preoperatorio era <10 ng/ml in 71 pazienti (86.5%), ≥10 in 15 pazienti (13.5%); il Gleason score bioptico era <7 in 81 pazienti (94%), mentre era pari ad 8 in 5 pazienti (6%).
Risultati: 75 pazienti (87.2%) hanno mostrato una immediata continenza totale alla rimozione del catetere dopo 7 gg; 10 pazienti (11.6%) hanno mostrato un lieve dribbling risoltosi completamente entro 4-6 settimane, mentre 1 paziente è incontinente dopo 18 mesi dall'intervento. L'esame istologico ha mostrato la presenza di neoplasia confinata alla prostata (pT2) in 77 pazienti (89.5%) ed una estensione extraprostatica (pT3) in 9 pazienti (10.5) e margini positivi in 9 pazienti (10.5%). Degli 86 pazienti, solo 72 sono attualmente valutabili per progressione biochimica di malattia e ad un follow-up da 6 a 36 mesi, 12 pazienti (16.7%) hanno mostrato un PSA > di 0.4 ng/ml.
Conclusioni: La RRP con tecnica "continence sparing" migliora notevolmente i risultati sulla ripresa immediata della continenza urinaria, fornendo un significativo impatto positivo sulla qualità di vita del paziente, con un rischio ragionevolmente basso, nella nostra esperienza, di margini chirurgici positivi e di progressione biochimica, nei pazienti accuratamente selezionati nello staging preoperatorio.

Abstract n. 116 Poster

LINFOMA A PICCOLI LINFOCITI B DELLA PROSTATA: CONSIDERAZIONI ANATOMO-CLINICHE

Zanon M.[1], Antonini C.[2], Belmonte P.[1], Sacchi G.[2], Zucconelli R.[1]

[1]U.O.C.di Urologia; [2]Serv. Istol. e Anat. Patologica - ASSL 10 - Veneto Orientale

Introduzione e Obiettivi: La prostata può essere sede di linfomi maligni, primitivi e secondari. Tale patologia è rara, con soli 165 casi segnalati a tutt'oggi in letteratura, con una frequenza maggiore di secondarismo e prevalenza di linfoma non Hodgkin a piccoli linfociti rispetto agli altri istotipi.
Gli Autori riportano due casi relativi a localizzazione prostatica su TURP e adenomectomia prostatica transvescicale di linfoma non Hodgkin a piccoli linfociti/LLC in pazienti giunti in ambulatorio per ritenzione cronica d'urina.
Metodi: Caso 1: uomo di 87 anni, affetto da LLC I stadio, sottoposto a TURP (portatore di catetere vescicale) con riscontro istologico di diffusa infiltrazione del tessuto prostatico da parte di linfoma non Hodgkin di basso grado coerente con l'associata LLC; dato macroscopico: volume di frustoli 15 cc senza particolarità macroscopiche di rilievo.
Caso 2: uomo di 74 anni, affetto da linfoma non Hodgkin con multiple linfoadenopatie toraco-addominali, sottoposto ad adenomectomia prostatica transvescicale (portatore di catetere vescicale); riscontro istologico di diffusa infiltrazione di piccoli linfociti monomorfi, coerente con infiltrazione di LNH a piccoli linfociti/LLC sec. WHO 2001; dato macroscopico: peso prostatico di 55 gr. con parenchima diffusamente aumentato di consistenza, con indurimento periuretrale in assenza di nodulazioni particolarmente evidenti. Dal punto di vista microscopico, in entrambi i casi si documenta diffusa infiltrazione di piccoli linfociti monomorfi con fenotipo immunoistochimico citocheratine negativo, CD79a positivo, CD5 e CD20 positivo, CD3 negativo, UCHL1 negativo coerente con LLC a fenotipo B/ linfoma a piccoli linfociti B.
Risultati: Dai dati desunti in letteratura la localizzazione prostatica di un linfoma è inusuale. Al momento della diagnosi il 40-50% di tutti i linfomi prostatici presenta malattia disseminata. Da ciò la necessità di avere dei parametri per definire se la prostata sia la prima localizzazione di linfoma, con possibile istogenesi da follicoli linfatici stromali, o sede secondaria. Bostwick e Mann hanno puntualizzato tali criteri che comprendono: malattia confinata alla prostata e ai tessuti periprostatici in assenza di coinvolgimento linfonodale, sintomi preminenti prostatici, intervallo dalla diagnosi di mancanza di coinvolgimento sistemico di almeno un mese.
Qualsiasi tipo di linfoma può manifestarsi nella prostata; per la maggioranza si tratta di linfomi non Hodgkin diffusi a grandi cellule o diffusi a piccoli linfociti clivati a fenotipo B, ma esistono segnalazioni di linfomi follicolari, linfomi T, Burkitt e più raramente linfomi di Hodgkin. La diagnosi viene posta istologicamente, talora con biopsia, benché tale metodica rispetto alla TURP abbia denotato scarsa sensibilità. La mancanza di accuratezza diagnostica di tale metodica si spiega con il pattern precipuo dell'infiltrazione linfomatosa, irregolare, con le caratteristiche dimensionali della biopsia che spesso non consentono l'espressione del pattern della malattia. Del resto si tratta di una diagnosi che pone particolari difficoltà, soprattutto in caso di primitività. Talora infatti carcinomi prostatici di alto grado possono avere pattern di infiltrazione ad elementi isolati tali da mimare un linfoma, rendendo imperativo nella diagnosi l'uso di metodiche ancillari quali l'immunoistochimica. Viene segnalata del resto in letteratura anche l'associazione del linfoma con l'adenocarcinoma prostatico.
Conclusione: La prognosi dei linfomi a sede prostatica, indipendentemente dalla primitività, dall'età, dall'istotipo, dalla terapia e dalla condotta terapeutica, resta infausta. Il trattamento della malattia localizzata con la prostatectomia non modifica la sopravvivenza, ma alleggerisce solo i sintomi da ostruzione urinaria.
I casi da noi segnalati si propongono, oltre che per enfatizzare la rarità di una ritenzione urinaria secondaria a LLC, per sottolineare come il coinvolgimento prostatico rappresenti un fattore prognostico negativo nel quadro sistemico della malattia in oggetto, implicando un diverso atteggiamento terapeutico rispetto ad una fase iniziale di semplice osservazione.

Abstract n. 117 Poster

VOLUMINOSO TUMORE BENIGNO PARAVESCICALE: DIFFICOLTA' DIAGNOSTICHE E SOLUZIONE CHIRURGICA

Varaldo M.[1], Moretti M.[1], Benvenuti S.[1], Cichero A.[1], Iacoviello M.[1], Malcangi B.[1], Pittaluga P.[1], Tunesi G.[2]
[1]*Struttura Complessa di Urologia Az. Osp. Villa Scassi-Genova;* [2]*Struttura Complessa di Anatomia ed Istologia Patologica Az. Osp. Villa Scassi - Genova*

Introduzione e Obiettivi: Presentiamo il caso di una voluminosa neoplasia benigna paravescicale in paziente maschio: vengono sottolineate le difficoltà di diagnosi differenziale preoperatoria, la gestione chirurgica e si revisiona la letteratura in merito a casi analoghi.
Metodi: Un paziente maschio di 63 anni, già in terapia medica per ipertrofia prostatica da 9 mesi, si è presentato alla nostra osservazione per improvviso peggioramento della disuria. Con una ecografia addominale, eseguita per la valutazione di eventuale residuo post-minzionale, è stata evidenziata voluminosa massa solida paravescicale non presente nei precedenti controlli per l'ipertrofia prostatica. La successiva tomografia assiale con contrasto mostrava voluminosa massa solida, tondeggiante, delle dimensioni di una testa di feto, in sede paravescicale. Questa dislocava la vescica in alto e verso sinistra, contraendo rapporti con essa, ma apparentemente non infiltrandola; la lesione presentava aree emorragiche all'interno e sembrava avere una pseudocapsula. All'esplorazione chirurgica transaddominale la massa aderiva alla vescica e si presentava di consistenza parenchimatosa, teso-elastica e liscia; è stata resecata in blocco e, vista la necessaria escissione consensuale degli strati esterni della parete vescicale, è stato creato un flap omentale di protezione.
Risultati: Il decorso operatorio è risultato regolare e il paziente è stato dimesso in ottava giornata, senza lamentare disuria. All'esame istologico la neoformazione è stata classificata come "tumore fibroso solitario (SFT)"
Conclusioni: Il caso presentato riveste interesse clinico e scientifico: la localizzazione retroperitoneale e pelvica della massa può essere espressione di vari tipi di neoplasia ad origine mesenchimale, muscolare o nervosa. I sintomi erano legati solo all'effetto compressivo della massa, che appariva voluminosa, ma circoscritta; peraltro le aree emorragiche interne e la rapida crescita del tumore potevano far pensare ad un istotipo con malignità locale.

Abstract n. 118 Poster

UTILIZZO DI DULOXETINA NELLA INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POSTCHIRURGICA

Moretti M., Benvenuti S., Cichero A., Iacoviello M., Iacoviello P., Malcangi B., Pittaluga P., Varaldo M.
Unità Operativa di Urologia - Azienda Ospedaliera Villa Scassi, Genova

Introduzione e Obiettivi: Sulla base degli studi sull'efficacia della duloxetina nell'incontinenza da sforzo femminile, anche in presenza di significativi deficit sfinterici, è stato deciso di utilizzare allo stesso dosaggio il farmaco in un gruppo di pazienti di sesso maschile affetti da incontinenza urinaria a seguito di intervento chirurgico sulla prostata.
Metodi: Sono stati selezionati 20 pazienti operati in varie sedi ed affetti da incontinenza urinaria dopo intervento di prostatectomia radicale; i pazienti presentavano incontinenza di grado medio-elevato con un utilizzo da 3 o più pad al di da almeno 6 mesi. Tutti sono stati sottoposti ad uretrocistoscopia e a valutazione urodinamica con cistomanometria e profilo pressorio uretrale. Sono stati esclusi i pazienti che presentavano stenosi uretrali, sclerosi della giunzione uretrovescicale o alterazioni a carico della mucosa vescicale. Sono stati inoltre esclusi i pazienti con instabilità detrusoriale alla cistomanometria. La terapia è stata effettuata con dosaggio di 2 cp al di per almeno un mese quindi visita e test di valutazione a questionario a quindici e a trenta giorni di terapia.
Risultati: 3 pazienti hanno manifestato effetti indesiderati tali da richiedere la sospensione del trattamento. Le manifestazioni collaterali più frequenti segnalate sono state secchezza delle fauci e alterazioni della libido. Dopo un mese di trattamento sei pazienti hanno sospeso la terapia per riduzione poco significativa dell'incontinenza urinaria. Undici pazienti hanno proseguito la terapia con significativa riduzione dell'uso di pad (max 2 al di) in 5 casi e risoluzione dell'incontinenza in sei casi. Nei pazienti con significativa risposta è stata effettuata una rivalutazione con profilo pressorio uretrale tra i due e tre mesi dallo start. La pressione di chiusura max è aumentata mediamente del 40 % durante il trattamento (valori compresi fra 60 e 110 cmH2O).
Conclusioni: La somiglianza dal punto di vista strettamente urodinamico dei pazienti maschi con deficit sfinterico iatrogeno con le donne affette da incontinenza da sforzo è a nostro avviso alla base del risultato ottenuto con il trattamento a base di duloxetina. La buona tollerabilità e la presenza di effetti collaterali ne permete un ulteriore impiego anche nei pazienti operati da poco tempo al fine di ottenere una buona qualità di vita in attesa di un recupero fisiologico, eventualmente in associazione a FKT perineale. Sono necessari ulteriori studi in questo senso e altri atti a valutare l'eventuale impatto negativo di associazione con inibitori della fosfodiesterasi utilizzati nel deficit erettivo dopo prostatectomia radicale.

Bibliografia

1. Deutchman M, Wulster-Radcliffe M. Stress urinary incontinence in women: diagnosis and medical management. MedGenMed. 2005 Dec 6;7(4):62
2. Oelke M, Roovers JP, Michel M. Safety and tolerability of duloxetine in women with stress urinary incontinence. BJOG. 2006 May;113 Suppl 1:22-6
3. Freeman R. Initial management of stress urinary incontinence: pelvic floor muscle training and duloxetine. BJOG. 2006 May; 113 Suppl 1:10-6
4. Cardozo L. Duloxetine in the context of current needs and issues in treatment of women with stress urinary incontinence. BJOG. 2006 May;113 Suppl 1:1-4

Abstract n. 119 Poster

IL COLOR DOPPLER NELL'ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE È UTILE PER L'INDICAZIONE ALLA BIOPSIA?

Moretti M., Benvenuti S., Cichero A., Iacoviello M., Iacoviello P., Malcangi B., Pittaluga P., Varaldo M.
Struttura Complessa di Urologia - Azienda Ospedaliera Villa Scassi, Genova

Introduzione e Obiettivi: La diagnostica del carcinoma prostatico è solo bioptica, ma fino al 50% dei tumori periferici sono ipoecogeni rispetto alla restante ghiandola e ben identificabili; il problema sono la restante percentuale di neoplasie isoecogene, periferiche o centrali/anteriori. Queste possono essere solo sospettate in base all'aumento del PSA ed è necessario il mappaggio bioptico; abbiamo esaminato con ecografia transrettale un campione di pazienti con alterazioni ecografiche o del PSA utilizzando il colordoppler per valutare il suo impatto nella selezione alla biopsia.
Metodi: Abbiamo esaminato 126 pazienti, di età variabile tra 39 e 75 anni, nel periodo Gennaio - Maggio 2006 giunti per PSA elevato o valutazione volumetrica prostatica, considerando il volume ghiandolare, l'aspetto dei margini della zona periferica e dell'adenoma e associando il colordoppler della ghiandola e delle aree sospette. In particolare sono state prese in esame aree ipo-isoecogene periferiche o centrali/anteriori e si è valutato il

pattern vascolare (periferico o centrale); in caso di aumento diffuso della vascolarizzazione, con o senza aumento del PSA, è stata ripetuta la ecografia dopo terapia antibiotica. 69 pazienti sono stati sottoposti a biopsie, correlando l'aspetto ecografico e doppler con il PSA e l'esame istologico.
Risultati: Sono stati identificate 69 aree nodulari, di cui 54 periferiche e 15 centrali/anteriori: in 42 di questi il PSA era aumentato (range 4,8 - 12). Dei noduli periferici 24 erano vascolarizzati all'interno, 7 alla periferia e 23 erano avascolari; dei noduli centrali 9 erano vascolarizzati e 6 avascolari. In 30 casi il PSA era aumentato e senza lesioni evidenti (range 5,7 - 23) ed il segnale doppler indicava un aumento diffuso della vascolarizzazione; lo stesso dato del flusso si otteneva in 22 casi con PSA normale. Abbiamo sottoposto a biopsia 69 pazienti i base a questi criteri: aumento del PSA e/o area nodulare indipendentemente dal pattern vascolare; il tumore è stato trovato in 3 dei 10 pazienti biopsiati per il solo aumento del PSA. Nei 54 noduli periferici il tumore è stato trovato in 16 casi (10 avascolari e 6 vascolarizzati) mentre nei noduli centrali in 1 solo caso, vascolarizzato; il PSA era aumentato in 15 casi.
Conclusioni: La letteratura riporta risultati differenti sull'uso del doppler nella diagnostica del tumore prostatico perché questo risulta ipervascolare nel 60 - 80% dei casi, ma esistono casi con ridotta o normale vascolarizzazione forse espressione di vera aggressività. Le flogosi e i noduli iperplastici rendono ancora più difficile la diagnosi differenziale, specie in caso di alterazioni del PSA; la nostra esperienza ha mostrato che il tumore è presente nel 24,4% dei noduli biopsiati e solo in 2 casi il PSA era normale. Peraltro il 58% dei noduli tumorali risultava avascolare e solo 1 dei 15 noduli anteriori/centrali era tumorale; ci sembra pertanto di poter affermare che l'uso del doppler non modifichi positivamente la strategia per le biopsie. Ulteriori studi con l'uso del mezzo dei contrasto o associando il pattern vascolare all'istologia potranno forse dare indicazioni utili.

Bibliografia

1. *Kelly IM, Lees WR, Rickards D. Prostate cancer and the role of color Doppler US. Radiology 2006; 189:153*
2. *Halpern EJ, Frauscher F, Strup E, Nazarian LN, O'Kane, Gomella LG. Prostate: High-frequency Doppler US imaging for cancer detection. Radiology 2002; 225: 71-77*
3. *Djavan B, Milani S. Prostate biopsy : whom, how and when. An update. Can J Urol 2005; 2:128-133*

Abstract n. 120 Comunicazione Selezionata

TOSSICITÀ RETTALE E GENITOURINARIA TARDIVE DOPO DUE DIFFERENTI SCHEMI DI FRAZIONAMENTO RADIANTE: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO

Petrongari M.G., Saracino B., Gomellini S., Arcangeli S., Landoni V., Marzi S., Assisi D., Lapenta R., Arcangeli G.
Istituto Regina Elena di Roma

Introduzione e Obiettivi: Alcuni studi hanno recentemente dimostrato una grande sensibilità del tumore della prostata alle alte dosi per frazione, dovuta al fatto che la stima del suo α/β dà un valore di 1,5 Gy, relativamente basso rispetto a quello della maggior parte dei tumori il cui α/β è di 10 Gy. Poiché nella pelvi i tessuti normali a risposta tardiva (retto, vescica, uretra, sistema vascolo-nervoso) hanno valori di α/β di 3-5 Gy e, quindi, più elevati rispetto a quelli attribuiti al tumore prostatico, l'ipofrazionamento (alte dosi per frazione con relativa riduzione del numero delle frazioni) ha la potenzialità di ridurre le complicazioni tardive ai tessuti normali (NTCP = Normal Tissue Complications Probability) senza che ciò comporti una riduzione del controllo tumorale oppure, al contrario, di incrementare il controllo a parità di probabilità di complicazioni. Lo scopo di questo studio è di confrontare il frazionamento convenzionale e un regime ipofrazionato, biologicamente equivalente ad esso, in termini di tossicità tardiva nel trattamento radioterapico del carcinoma della prostata.
Metodi: Da gennaio 2003 sono stati reclutati nello studio 128 pazienti con tumore della prostata accertato istologicamente, considerati ad alto rischio (categorie prognostiche del Memorial Sloan Kattering Cancer Center).
Tutti i pazienti hanno effettuato soppressione androgenica totale per 9 mesi.
Dopo due mesi di soppressione androgenica, tutti i pazienti sono stati trattati con radioterapia conformazionale 3D della prostata e delle vescichette seminali con assegnazione random ad un trattamento convenzionale di 80 Gy in 40 frazioni in 8 settimane (braccio di controllo) o ad un trattamento sperimentale ipofrazionato di 62 Gy in 20 frazioni in 5 settimane (4 giorni a settimana) (braccio ipofrazionato). Le tossicità tardive gastrointestinali (GI) e genitourinarie (GU) sono state valutate basandosi su scala SOMA/LENT modificata. Per correlare il sanguinamento rettale con il danno alla mucosa rettale, tutti i pazienti hanno effettuato una rettosigmoidoscopia ogni 6 mesi nei primi due anni successivi alla radioterapia.
Risultati: La tossicità tardiva è stata valutata in cento pazienti con un follow up più lungo di 6 mesi, 57 nel braccio di controllo e 53 nel braccio ipofrazionato. Nessun paziente ha avuto una tossicità G3. Le tossicità GI G2 tardive attuariali a 2 anni erano 13,6% e 18,2% nel braccio ipofrazionato e nel braccio di controllo, rispettivamente (p = 0.99). Le tossicità GU G2 tardive attuariali a 2 anni erano 9,9% e 2,3% rispettivamente nei due bracci (p = 0.2).
Conclusioni: Da questi risultati preliminari, lo schema ipofrazioanto in studio non sembra essere più´ tossico del frazionamento convenzionale sia per l'apparato gastrointestinale che genitourinario.

Bibliografia

Brenner DJ Towards optimal external-beam fractionation for prostate cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000; 48(2):315-316.
Zelefsky MJ et al. Dose escalation with tree-dimensional conformal radiation therapy affects the outcome in prostate cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998; 41:491-500.
Lukka H et al. Randomized trial comparing two fractionation schedules for patients with localized prostate cancer. J Clin Oncol 2005; 23: 6132-6138

Abstract n. 121 Poster

IPOFRAZIONAMENTO VERSUS FRAZIONAMENTO STANDARD NEI TUMORI PROSTATICI: ANALISI DELLA TOSSICITÀ ACUTA

Petrongari M.G., Saracino B., Gomellini S., Arcangeli S., Landoni V., Marzi S., Benassi M., Arcangeli G.
Istituto Regina Elena di Roma

Introduzione e Obiettivi: Alcuni studi hanno recentemente dimostrato una grande sensibilità del tumore della prostata alle alte dosi per frazione, legata al suo α/β basso. Scopo dello studio è di valutare la tolleranza e la tossicità acuta di un trattamento ipofrazionato (alte dosi per frazione con relativa riduzione del numero delle frazioni) a confronto con il frazionamento convenzionale nella radioterapia del carcinoma prostatico.
Metodi: Da gennaio 2003, sono stati reclutati nello studio 128 pazienti con tumore della prostata accertato istologicamente, considerati ad alto rischio secondo le categorie prognostiche del Memorial Sloan Kattering Cancer Center. Tutti i pazienti hanno effettuato soppressione androgenica totale per 9 mesi. La radioterapia conformazionale (RT 3D) della prostata veniva iniziata 2 mesi dopo l'inizio della soppressione androgenica. I pazienti sono stati randomizzati per ricevere un frazionamento

convenzionale di 80 Gy in 40 frazioni in 8 settimane (braccio di controllo) o di 62 Gy in 20 frazioni in 5 settimane di trattamento (4 frazioni alla settimana) con 1 giorno di riposo in ciascuna settimana di trattamento (braccio ipofrazionato). Nel corso del trattamento radioterapico, con cadenza settimanale, sono state registrate le tossicità acute ematologia, gastrointestinale (GI) e genitourinaria (GU) secondo i criteri della scala EORTC/RTOG.
Risultati: Nessun paziente ha avuto tossicità ematologia nè tossicità acuta G3 gastrointestinale (GI) o genitourinaria (GU). La tossicità acuta GI G2 è stata osservata nel 24,2% dei pazienti del braccio di controllo e nel 40,2% dei pazienti del braccio sperimentale (p = 0.002). L'analisi attuariale della tossicità acuta GI ha mostrato una comparsa precoce della tossicità di grado G2 nel braccio ipofrazionato rispetto al braccio di controllo. La tossicità acuta GU G2 è stata rilevata nel 44,7% dei pazienti del braccio di controllo e nel 52,3% dei pazienti del braccio ipofrazionato (p = 0.01); anche in questo caso l'analisi attuariale ha mostrato un andamento simile della tossicità con una precocità nella comparsa del grado G2 nel braccio ipofrazionato rispetto al braccio di controllo.
Conclusioni: Da questi risultati preliminari possiamo concludere che l'ipofrazionamento è ben tollerato, sebbene nel gruppo di pazienti sottoposti a radioterapia ipofrazionata è stata osservata una tossicità G2 anticipata e più frequente rispetto a quanto si osserva nei pazienti trattati con il frazionamento convenzionale.

Bibliografia
Brenner DJ Towards optimal external-beam fractionation for prostate cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000; 48(2):315-316.
Zelefsky MJ et al. Dose escalation with tree-dimensional conformal radiation therapy affects the outcome in prostate cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998; 41:491-500.
Cox JD et al. Criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Int J Radiat Oncol Biol Phys 1995; 37: 1035-1041.
Lukka H et al. Randomized trial comparing two fractionation schedules for patients with localized prostate cancer. J Clin Oncol 2005; 23: 6132-6138

Abstract n. 122 Poster

RISULTATI PRELIMINARI DELLE REBIOPSIE PROSTATICHE A DUE ANNI IN PAZIENTI CON TUMORE PROSTATICO TRATTATI CON DUE DIVERSI FRAZIONAMENTI DI RADIOTERAPIA: STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II

Petrongari M.G., Saracino B.,Gomellini S., Arcangeli S., Sentinelli S., Canitano S., Marsella A., Arcangeli G.
Istituto Regina Elena di Roma

Introduzione e Obiettivi: Alcuni studi hanno recentemente dimostrato una grande sensibilità del tumore della prostata alle alte dosi per frazione, legata al suo α/β basso. Poiché la stima dei valori di α/β per i tessuti normali a risposta tardiva (retto, vescica, uretra, sistema vascolo-nervoso) è di 3-5 Gy, l'ipofrazionamento ha la potenzialità di ridurre le complicazioni tardive fornendo lo stesso controllo locale tumorale del frazionamento convenzionale oppure, al contrario, di incrementare il controllo locale tumorale a parità di complicazioni. Per testare la prima ipotesi abbiamo disegnato uno studio che confronta il frazionamento convenzionale con un regime ipofrazionato biologicamente equivalente. A distanza di due anni dalla fine della radioterapia, i pazienti dei due bracci sono stati sottoposti nuovamente ad una biopsia prostatica.
Metodi: Da gennaio 2003 sono stati reclutati nello studio 128 pazienti con tumore della prostata accertato istologicamente, considerati ad alto rischio (categorie prognostiche del Memorial Sloan Kattering Cancer Center). Tutti i pazienti hanno effettuato soppressione androgenica totale per 9 mesi.
Sessantacinque pazienti sono stati trattati con 80 Gy in 40 frazioni in 8 settimane (braccio di controllo) e 63 hanno ricevuto 62 Gy in 20 frazioni in 5 settimane di trattamento (4 frazioni alla settimana) con 1 giorno di riposo in ciascuna settimana di trattamento (braccio ipofrazionato). Tutti sono stati trattati con radioterapia conformazionale (RT 3D). Trentadue pazienti con un follow up di due anni sono stati sottoposti a re-biopsia prostatica. Dei 13 pazienti del braccio di controllo, 8/13 avevano valori iniziali di PSA compresi tra 10 e 20 ng/ml (61,54% dei casi) e 5/13 un PSA tra 20 e 50 ng/ml (38,46%). Dei 19 pazienti del braccio ipofrazionato, 1 aveva un valore iniziale di PSA < 10 ng/ml (5,26%), 5 un PSA tra 10 e 20 ng/ml (26,31%), 9 un PSA tra 20 e 50 ng/ml (47,36%) e 4 un PSA > 50 ng/ml (21,05%). Lo score di Gleason era ≤ 7 in 12 pazienti del braccio di controllo (92,3%) e in 16 del braccio sperimentale (84,21%). Nei restanti pazienti, lo score di Gleason era > 7 (1 paziente nel braccio di controllo e 3 pazienti nel braccio ipofrazionato).
Risultati: Nel braccio di controllo non ci sono state biopsie positive, mentre in 4 pazienti (21,05%) del braccio ipofrazionato la rebiopsia prostatica ha mostrato la persistenza di cellule neoplastiche (p 0,13). La positività bioptica è risultata associata a progressione biochimica solo in 1 paziente, mentre gli altri 3 pazienti sono risultati b-NED (PSA < 0,5 ng/ml).
Conclusioni: Nonostante tutti i pazienti siano a prognosi sfavorevole, si è avuta persistenza di malattia soltanto in 4 (4/32, 12%). Dal momento che dei quattro pazienti con biopsia positiva tre non presentano progressione biochimica, ci proponiamo di valutare il significato di questi risultati con un più lungo follow up e testando la vitalità delle cellule neoplastiche residue.

Bibliografia
Brenner DJ Towards optimal external-beam fractionation for prostate cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000; 48(2):315-316
Zelefsky MJ et al. Dose escalation with tree-dimensional conformal radiation therapy affects the outcome in prostate cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998; 41:491-500

Abstract n. 123 Poster

GEMCITABINA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA VESCICALE SUPERFICIALE REFRATTARIO A TERAPIA CON BCG O CHEMIOTERAPICI

Olivieri M.R., Iantorno R., Nicolai M., Coschignano G., Tenaglia R.L.
Clinica Urologica ed Andrologica Chieti

Introduzioni ed Obiettivi: La Gemcitabina (GEA), antimetabolita pirimidinico, risulta avere, tra i farmaci antitumorali,elevata attività nei confronti del tumore avanzato della vescica. Lo studio si è proposto di valutare l'attività chemioablativa di GEA nel trattamento del carcinoma vescicale superficiale(TA-T1;G1-G3;TIS) refrattario a terapia intracavitaria con BCG o chemioterapici.
Metodi: Dal 1/2004 al 6/2006 sono stati arruolati 11 pazienti (58-80 aa) con diagnosi istologica di carcinoma vescicale superficiale (TCC I pT1 60% e TCC II 40%) o TIS refrattario a precedenti instillazioni con BCG o chemioterapici terminate almeno 3 mesi prima (2 o più cicli). Negli anni precedenti i pazienti sono stati sottoposti a TURB da un minimo di 2 ad un massimo di 5. I pazienti presentavano performance status 0-1(EOCG), Globuli bianchi>3.0 x109/L, Trombociti>100x10 6/L. Ciascun paziente ha effettuato una instillazione precoce di 2000 mg di GEA in 50 ml di soluzione salina entro 24 ore dalla TURB. Successivamente entro 30 giorni dalla resezione un ciclo settimanale da GEA per 8 settimane consecutive.
Risultati: Ciascun paziente è stato sottoposto a cistoscopia ogni 3 mesi. 1 paziente ha presentato a 3 mesi dall'inizio della tera-

pia una recidiva uretrale.1 paziente in seguito ad ulteriore recidiva multipla è stato sottoposto dopo 6 mesi a cistectomia radicale con neovescica ileale ortotopica. 2 pazienti hanno presentato recidive dopo 12 e 18 mesi. 7 pazienti (63,6%) hanno avuto una risposta completa presentando citologia urinaria ed istologia negative nel follow-up dai 17 ai 21 mesi seguenti.
Conclusioni: La gemcitabina intravescicale ha dimostrato una completa risposta ablativa nel 63,6% dei TCC a rischio medio elevato di recidiva resistenti a precedenti terapie endovescicali. Non si descrivono effetti collaterali. Studi multicentrici di fase 2 potrebbero fornire i presupposti per una standardizzazione di questo trattamento.

Abstract n. 124 Poster

RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO: ESISTE UN'UNICA FORMA D'INCONTINENZA URINARIA POST-PROSTATECTOMIA RADICALE?

Falsaperla M., Polara A., Saita A., Ficicchia L., Bonaccorsi A., Marchese F., Motta M.
Clinica Urologica - Università di Catania

Introduzione e Obiettivi: La riabilitazione del pavimento pelvico ricopre oggi un ruolo primario nel trattamento conservativo dell'incontinenza urinaria. Una classificazione clinica ed urodinamica dell'incontinenza urinaria iatrogena post-prostatectomia radicale, potrebbe assumere un valore prognostico alla terapia riabilitativa post-chirurgica.
Metodi: Dal Gennaio 2004 al Giugno 2006, 18 su 96 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica (RRP) da un singolo operatore, sono andati incontro ad incontinenza urinaria post-chirurgica, valutata urodinamicamente. I pazienti sono stati stratificati in 2 gruppi: 10 pazienti affetti da ostruzione cervicouretrale in fase preoperatoria, e 8 pazienti LUTS-free nel preoperatorio. Nessun paziente è risultato affetto da incontinenza urinaria da sforzo (IUS) totale. La presenza di LUTS in fase preoperatoria è stata valutata mediante compilazione del diario minzionale, esecuzione di uroflussometria, somministrazione di questionario KHQ (King's Health Questionnaire). La valutazione post-operatoria è stata condotta mediante esame urodinamico, eseguito ad almeno 6 mesi dall'intervento, compilazione del diario minzionale, somministrazione di questionario KHQ. Tutti i pazienti hanno ricevuto addestramento agli esercizi di Kegel sin dall'immediato post-operatorio. La valutazione finale è stata formulata ad almeno 6 mesi dall'inizio della terapia riabilitativa.
Risultati: A 6 mesi dall'inizio della riabilitazione del pavimento pelvico, i 10 pazienti affetti da LUTS nel preoperatorio hanno tratto maggior beneficio dalla terapia riabilitativa perineale rispetto agli 8 pazienti LUTS-free nel pre-operatorio. Nessun paziente ha presentato incontinenza urodinamica da sforzo con ALPP < 60 cm H2O, o una forma clinica di tipo grave. 6 dei 10 pazienti con LUTS in fase preoperatoria, hanno ridotto gli episodi di urgenza minzionale, con risoluzione dell'incontinenza urinaria (guarigione, 30%) di forma mista. 4 pazienti con LUTS in fase preoperatoria, e 6 degli 8 pazienti affetti da IUS pura hanno ridotto gli episodi d'incontinenza, senza tuttavia giungere a guarigione completa (improvement, 58%). 2 pazienti non hanno tratto alcun beneficio dagli esercizi di Kegel (failure, 22%).
Conclusioni: L'addestramento dei pazienti sottoposti a RPP, affetti da incontinenza urinaria da sforzo o mista, agli esercizi di Kegel, risulta una metodica semplice ed efficace nel trattamento conservativo dell'incontinenza urinaria, specie nei pazienti affetti da forma mista, con preponderanza clinica della componente da urgenza. Tali risultati sono da porsi in relazione all'azione di enforcement dei sistemi intrinseci ed estrinseci preposti alla continenza urinaria, ma anche all'inibizione della contrattilità detrusoriale, mediata dall'incremento del tono muscolare pelvico e sfinterico.

Bibliografia
1. Eur Urol. 2005 Nov; 48(5):734-8. Epub 2005 Jun 22. Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for post-prostatectomy incontinence. Filocamo MT, Li Marzi V, Del Popolo G, Cecconi F, Marzocco M, Tosto A, Nicita G.
2. World J Urol. 2005 Nov; 23(5):353-5. Epub 2005 Oct 7.Evaluation of early pelvic floor physiotherapy on the duration and degree of urinary incontinence after radical retropubic prostatectomyin a non-teaching hospital. Cornel EB, de Wit R, Witjes JA.

Abstract n. 125 Comunicazione Selezionata

IMPATTO DEL LIFESTYLE POST-PROSTATECTOMIA RADICALE, IN PAZIENTI GIOVANI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO AD ALTO RISCHIO, SULL'ASSE IGFBP-3/IGF-1 E SULLA PROGRESSIONE BIOCHIMICA

Falsaperla M., Bonaccorsi A., Saita A., Giammusso B., Motta M.
Clinica Urologica - Università di Catania

Introduzione: L'Insulin-like growth factor binding protein-3 (IGFBP-3), membro della famiglia delle IGFBP, lega con elevata specificità e sensibilità il potente mitogeno IGF-1, inibendone in condizioni fisiologiche l'attività pro-proliferativa. L'azione dell'IGFBP-3 è pertanto quella di inibire la crescita cellulare e di indurre i fenomeni apoptotici. L'abilità dell'IGFBP-3 di inibire la crescita tumorale oggi è stata ampiamente dimostrata in molti carcinomi compreso l'adenocarcinoma prostatico.
Endpoints: Obiettivo del nostro studio è stato verificare, in pazienti giovani (range di età 48-56 anni) affetti da carcinoma prostatico ad alto rischio (pT3a-b Gleason score 8) e sottoposti a prostatectomia radicale, le modificazioni biochimiche interindividuali dei livelli sierici di IGF-1 e IGFBP-3 indotte dalle variazioni dello lifestyle (fattore dietetico-alimentare, attività fisica) post-trattamento chirurgico.
Materiali e Metodi: Dal Gennaio 2004 al gennaio 2005 sono stati arruolati 20 pazienti, di età compresa tra 48-56 anni, affetti da adenocarcinoma prostatico con PSA totale alla diagnosi pari a 18-26 ng/mL, Gleason score 8 (4+4), stadio patologico T3a-T3b N0M0 (post-prostatectomia radicale), in buone condizioni cliniche generali e con attiva vita sociale. In tutti i pazienti, sottoposti a prostatectomia radicale retropubica associata a linfectomia iliaco-otturatoria estesa, è stato valutato in fase pre-operatoria il BMI, attestando una modesto grado di soprappeso (BMI 25-28.9). Tutti i pazienti riferivano irregolari abitudini di vita (ritmo-sonno/veglia, attività lavorativa sedentaria, fumo 10-15 sigarette/die) e alimentari (astensione dalla colazione, consumo di cibo ipercalorico fuori-pasto e prevalenza dei pasti serali abbondanti con consumo di alcolici - 250/350 ml circa di vino o birra). In fase pre-trattamento sono stati valutati in tutti i pazienti i livelli sierici di IGF-1 (136.5-144.4 mg/ml) e IGFBP-3 (2658-2786 ng/ml), valori successivamente analizzati a 6,12 e 18 mesi. Dei 20 pazienti, in maniera random, 10 soggetti (Gruppo I) sono stati avviati ad attività fisica moderata (3 volte a settimana), modulata da un personal trainer, e a controllo del regime dietetico (dieta ipocalorica, ipolipidica), definito da un dietologo, con concomitante sospensione del consumo di sigarette, mentre gli altri 10 pazienti (Gruppo II) hanno continuato il proprio consolidato stile di vita. E stata inoltre effettuata valutazione del PSA totale a 6, 12 e 18 mesi.
Risultati: Nel Gruppo I, dopo 6 mesi di attività fisica e sotto controllo dietetico (post-intervento chirurgico), si è avuta una stabilizzazione dei livelli sierici di IGF-1 (125.2-134.8 mg/ml), con un concomitante incremento dei valori di IGFBP-3 (2958-3014 ng/ml), rispetto ai livelli determinati in fase pre-trattamento, e con PSA sierico totale variabile tra 0.03 ng/ml e 0.20 ng/mL. Nello stesso gruppo a 12 mesi l'IGF-1 risultava essere pari a 131.3-136.9 mg/ml, i valori di IGFBP-3 erano variabili tra

2998-3033 ng/ml, e il PSA era pari 0.05-0.18 ng/mL. A distanza di 18 mesi, IGF-1 mostrava valori tra 133.1 ng/ml e 134.5 mg/ml, IGFBP-3 oscillava tra 3021-3035 ng/ml, mentre il PSA variava tra 0.06 e 0.40 (1 pt 0.32 ng/ml, 1 pt 0.40 ng/ml). Dati che confermavano la correlazione esistente tra prevalenza dell'asse IGFBP3-IGF-1 (a favore dell'IGFBP-3) e il mantenimento della negativizzazione del PSA post-trattamento chirurgico in soggetti ad alto rischio di progressione biochimica. Nel Gruppo II, invece, dopo 6 mesi dalla prostatectomia, a fronte di una costante stabilizzazione dei livelli sierici di IGF-1 (135.1-138.3 mg/ml), i livelli di IGFBP-3 presentavano un sostanziale decremento (2678-2718 ng/ml), se confrontati con il gruppo controllo, mentre il PSA sierico totale risultava essere compreso tra 0.02 e 0.20 ng/mL Nello stesso gruppo, a 12 mesi l'IGF-1 risultava essere pari a 135.3-139.9 mg/ml, i valori di IGFBP-3 erano stabili su livelli inferiori, variabili tra 2583-2685 ng/ml, e il PSA risultava essere pari a 0.08 e 0.37 ng/mL (1 pt 0.34 ng/ml, 1 pt 0.37 ng/ml). A distanza di 18 mesi, infine l'IGF-1 mostrava valori tra 139.1 ng/ml e 149.5 mg/ml, l'IGFBP-3 oscillava sempre tra 2497-2610 ng/ml, mentre il PSA variava tra 0.14 e 1.04 ng/mL (1 pt 0.63 ng/ml, 1 pt 0.7 ng/ml, 1 pt 0.88 ng/ml, 1 pt 1.04 ng/ml), subendo quindi un progressivo aumento.
Conclusioni: In relazione allo studio effettuato è possibile concludere che, in pazienti giovani affetti da carcinoma prostatico ad alto rischio, sottoposti a trattamento chirurgico con intento radicale, un regime dietetico controllato e una attività fisica moderata post-prostatectomia radicale, oltre a indurre un miglioramento dell'umore, dell'autostima e della QoL globale, elementi essenziali nel paziente oncologico capaci di modulare in senso positivo lo status immunologico anti-tumorale, sono in grado di determinare una stabilizzazione dei livelli sierici di IGF-1, inducendo un concomitante incremento dei valori di IGFBP-3. Tale proteina dotata, infatti, di attività regolatrice sugli effetti mitogenici dell'IGF-1 è capace di inibire gli effetti antiapoptotici mediati dal growth factor, sia in maniera IGF-1 correlata (inibizione dell'azione del GF attraverso il legame dello stesso) che in modo indiretto, attraverso specifici recettori di membrana legandosi ai quali è in grado di determinare inibizione della crescita cellulare. Tale combinazione biomolecolare (asse IGFBP-3/IGF-1), mediata e modulata dalle modificazioni nello lifestyle (dietetiche e fisiche), potrebbe contribuire ad aumentare, in pazienti giovani ad alto rischio, l'intervallo libero da progressione biochimica.

Abstract n. 126 Video
TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DI TUMEFAZIONE PARACAVALE ASINTOMATICA

Falsaperla M.[1], Salemi G.[1], Vicari S.[2], Angilello A.[2], Motta M.[1], Vecchio R.[2]
[1]Clinica Urologica - Università di Catania; [2]Dipartimento di Chirurgia - Università di Catania

Nel seguente video riportiamo il trattamento laparoscopico transperitoneale di una tumefazione paracavale anteriore asintomatica, evidenziata strumentalmente in corso dignostica ecografia per colica reno-ureterale dx, in paziente di sesso maschile di 45 anni, e successivamente accertata mediante TC addome. In relazione all'evidenza di tale neoformazione, ipotizzando la presenza di una linfoadenopatia primitiva o secondaria, di un paraganglioma o di un tumore retroperitoneale, si è deciso pertanto di effettuare l'exeresi laparoscopica transperitoneale della suddetta neoformazione. Si è proceduti quindi alla mobilizzazione del duodeno e si è esposta la vena cava, sulla superficie anteriore della quale è stata evidenziata una tumefazione di circa 3.5 cm che risultava essere facilmente dissociabile dalla parete cavale e dalle strutture tissutali limitrofe. All'esame istologico la neoformazione risultava essere riconducibile ad emolinfangioma.

Abstract n. 127 Comunicazione
EFFETTI ANTINEOPLASTICI DEL CELECOXIB NEL CARCINOMA VESCICALE

Falsaperla M., Saita A., Polara A., Salemi G., Bonaccori A., Motta M.
Ospedale Vittorio Emanuele II, Clinica Urologica Catania

Introduzione: Il Celecoxib, anti-infiammatorio non steroideo appartenente alla famiglia degli anti-COX2, sembra ridurre il rischio di sviluppo del cancro attraverso l'inibizione dei meccanismi di carcinogenesi e proliferazione cellulare mediati dalle COX-2, enzimi ad azione pro-infiammatoria iper-espessi in svariati tessuti neoplastici e pre-cancerosi. L'iper-espessione delle COX-2 determina, infatti, un incremento della proliferazione cellulare e della neoangiogenesi e inibizione della apoptosi neoplastica. Dosi elevate di tale farmaco (¡? 800 mg/die per periodi prolungati > 6mesi) determinerebbero però un aumento del rischio cardio-vascolare di circa 2.5 volte rispetto alla popolazione non trattata.
End-Points: Con il seguente studio ci siamo proposti di valutare l'azione anti-proliferativa del Celecoxib, inibitore selettivo della COX-2, in pazienti affetti da carcinoma uroteliale della vescica di prima osservazione, monolocale, di dimensioni variabili tra 2 e 3.5 cm, attraverso la valutazione del KI-67 Li index (antigene nucleare espresso in fase G1, S, G2 e M ma assente in fase G0) e di eventuali modificazioni istopatologiche in fase pre/post trattamento. Per il seguente studio sono stati arruolati (previo consenso informato dettagliato circa le caratteristiche e gli effetti collaterali del farmaco in studio), nel periodo compreso tra Gennaio 2005 e Gennaio 2006, 18 pazienti di sesso maschile ed età compresa tra 63 e 71 anni, fumatori (20-40 sigarette/die) da almeno 20 anni, in assenza di patologie cardiovascolari degne di nota e storia di ulcera peptica. In tali pazienti, al momento della diagnosi, veniva eseguita una biopsia della lesione sulla quale si effettuava valutazione del Ki-67 LI (Ki-67 labeling index: cut-off point di positività > 10%), biomarkers di proliferazione cellulare e aggressività biologica del tumore, la cui espressione veniva visualizzata mediante immunoistochimica [metodo avidin-biotin peroxidase con utilizzo di anticorpi monoclonali (MIB-1 Immunotech)] su specimen fissati in formalina (i nuclei delle cellule morfologicamente maligne erano considerati positivi per l'antigene Ki-67 quando mostravano una colorazione granulare marrone scuro). I pazienti venivano, quindi, sottoposti a somministrazione per os di Celecoxib a dosi crescenti fino a 600 mg/die per 4 settimane (cps 200 mg, 1 cps x 2/die per 1 settimana quindi 1 cps x 3/die per le successive 3 settimane). Dopo tale intervallo di tempo veniva eseguita TURB della neoplasia e sul tessuto ottenuto per esame istologico definitivo veniva eseguita la valutazione del Ki-67 LI index. Il Celecoxib veniva continuato per le successive 4 settimane a dosi decrescenti (2 settimane 1 cps x 3/die, 1 settimana 1 cps x 2/die, 1 settimana 1 cps/die).
Risultati: All'esame istologico eseguito su biopsia escissionale effettuata in fase pre-Celecoxib, sui 18 pazienti valutati 10 pazienti presentavano un TCC in stadio T1 GIII, 4 pazienti avevano un tumore in stadio T1 GII e 5 pazienti un Ta GII. Tali valutazioni istologiche risultavano essere favorevolmente modificate in fase post-Celecoxib (dopo 4 settimane di terapia), su tessuto ottenuto mediante resezione endoscopica della neoplasia, con evidenza di neoplasia T1 GIII in 5 pazienti, T1GII in 4 pazienti, T1 GI in 2 pazienti e Ta GII in 7 pazienti. Risultati sovrapponibili in termini di riduzione dell'indice proliferativo sono stati ottenuti anche in termini di Ki-67 Li index, negativizzatosi (< 10%) in 7/18 pazienti, pari al 38.8% dei casi, dalla fase pre-Celecoxib alla fase post-Celecoxib. Tale risultato, in termini di riduzione dell'indice proliferativo neoplastico (KI-67 LI), riconducibile alla somministrazione di

Celecoxib in fase pre-peri TURB risulta essere confermato dall'assenza di recidiva neoplastica a 12 mesi in tutti i 7 pazienti con documentata negativizzazione del Ki-67 Li e contestuale riduzione dello staging/grading istologico post-Celecoxib. In alcun paziente sono stati documentati eventi cardio-cerebrovascolari, né patologie gastro enteriche riconducibili alla somministrazione di Celecoxib.
Conclusioni: I risultati preliminari ottenuti confermano le capacità antiproliferative del Celecoxib, così come evidenziato nel 38.8% dei pazienti trattati, con una modifica dello grading istologico associato a negativizzazione del Ki-67 LI, a sole 4 settimane dall'inizio del trattamento a dosi crescenti nella somministrazione del principio attivo. Ulteriore dato interessante risulta essere correlato all'assenza di recidiva neoplastica a 12 mesi in tutti i pazienti con negativizzazione del Ki-67 LI, come a dimostrare che la precedente, concomitante e successiva somministrazione di Celecoxib rispetto alla TURB, oltre a poter determinare una riduzione delle capacità proliferative neoplastiche e a poter determinare un down-grading tumorale, potrebbe modulare la potenziale tendenza all'autoinnesto di cellule neoplastiche in corso di TURB.
Tali riscontri preliminari consentono di definire solo ipotesi probative, ma permettono in parte anche di confermare come solo dosi elevate, repentinamente somministrate e interrotte, di anti-COX-2 (> 800 mg/die) possano incrementare il rischio cardiovascolare.

Abstract n. 128 Comunicazione

FLUORECENCE IN SITU HYBRIDIZATION VERSUS URINE CITOLOGY IN THE DIAGNOSIS OF TRANSITIONAL CELL CARCINOMA

Catanzaro M.[1], Ciotti G.M.[1], D'Amico M.E.[2], Giollo A.[1], Barberis M.[2], Catanzaro F.[1]
[1]Dpt of Urology; [2]Dpt of Anatomopathology

Aim of the Study: To evaluate the feasibility of performing fluorescence in situ hybridization (FISH) on routine urine samples and to compare the relative sensitivities of urine cytology and FISH for detecting tumor cells in (100) patients enrolled on cystoscopic follow up for previous transitional cell carcinoma (TCC).
Patients and Methods: One hundred patients underwent transurethral resection for bladder neoplasia. There were 25 Grade 1, 40 Grade 2 and 35 Grade 3 TCCs. Routine cytologic evaluation and FISH were used to study 128 consecutive urine samples obtained at least three month after tumor resection. A mixture of fluorescent probes to chromosomes 3, 7, 17, and the 9p21 locus were used for detection of numerical chromosomal abnormalities (UroVysion, Vysis/Abbott). All the biopsy specimens from patients in the study were reviewed. FISH analysis was performed without knowledge of cytology or biopsy findings.
Results: The urine cytology of the 128 samples was interpreted as: 84 negative, 17 reactive changes, 17 suspicious for malignancy , 7 positive and 3 insufficient cells for diagnosis. FISH showed chromosomal abnormalities in 27 cases (21%). The urine cytology of these cases was positive in only 7 cases (5.8 %). The cytological diagnosis of the remaining 20 FISH-positive cases was: negative in 2 cases, reactive change in 6, suspicious in 12. (There were) no cytologically positive and FISH negative cases were found. Hyperdiploidy for chromosomes 3 (75%) and 7 (60%) were seen consistently. Multiple chromosomal abnormalities were seen in 57% of the cases. 9/27 patients with positive FISH test developed histologically proven cancer relapse within 6 months from molecular diagnosis.
Conclusion: We conclude that FISH has a greater sensitivity in detecting urothelial carcinoma than routine urine cytology. It is not entirely clear at this time whether a positive FISH result may indicate frank neoplastic urothelial transformation or merely be an indicator of unstable urothelium capable of or primed for malignant transformation. Further follow up of the patients will provide more consistent informations on the predictive value of the assay.

Abstract n. 129 Poster

RECUPERO CHIRURGICO DI SPERMATOZOI DAL TESTICOLO DI PAZIENTI AZOOSPERMICI DOPO TRATTAMENTO PER NEOPLASIA: NOSTRA ESPERIENZA

Rolle L., Tamagnone A., Timpano M., Negro C, Cugiani A., CerutiC., Fontana D.
Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale S.Giovanni Battista - Molinette

Introduzione e Obiettivi: Grazie ai miglioramenti della diagnostica ed ai progressi terapeutici, molti tumori "giovanili" hanno oggi ottime possibilità di guarigione. Fino ad un terzo di questi soggetti presenta tuttavia un quadro di azoospermia al momento della ricerca di prole, azoospermia riconducibile alla neoplasia in sé o alle terapie oncologiche svolte. Fino a qualche anno fa a tale condizione non vi era alternativa, se non la fecondazione eterologa o l'adozione. Dall'introduzione della ICSI con spermatozoi recuperati dal testicolo, si è aperto un nuovo capitolo nel settore della procreazione medicalmente assistita che ha offerto una scelta in più a questi soggetti. Allo scopo di valutarne la validità, abbiamo considerato retrospettivamente, nella nostra casistica di recupero chirurgico di spermatozoi dal parenchima testicolare (TeSE, microTeSE) in soggetti azoospermici, il gruppo di pazienti precedentemente sottoposti a terapie oncologiche ed abbiamo valutato criticamente i risultati in termini di sperm retrieval rate.
Materiali e Metodi: sono stati considerati i pazienti azoospermici, con anamnesi positiva per neoplasia, giunti alla nostra osservazione dal gennaio 2002 al marzo 2006. A questo gruppo di pazienti è stato proposto il recupero chirurgico di spermatozoi mediante TeSE o microTeSE, in previsione di utilizzo in tecniche di fecondazione assistita. Contestualmente, è stata eseguita la biopsia testicolare, per la valutazione del quadro istologico. Gli spermatozoi eventualmente recuperati sono stati crioconservati.
Risultati: Nel periodo considerato sono stati sottoposti a recupero chirurgico di spermatozoi mediante TeSE/microTese 10 pazienti azoospermici con anamnesi positiva per neoplasia. Di questi, 4 presentavano un pregresso linfoma di Hodgkin trattato con chemioterapia, 3 con pregresso carcinoma testicolare (un seminoma e 2 con coriocarcinoma) trattati con chirurgia (+ radioterapia per il seminoma), 1 presentava un pregresso carcinoma del colon trattato con colectomia, chemioterapia e radioterapia, ed infine 1 presentava un pregresso tumore di Wilms trattato chirurgicamente (nefrectomia) e con cicli di chemioterapia.
Lo sperm retrieval rate complessivo in questo gruppo di pazienti è stato del 60%.
L'esame istologico ha mostrato:
- spermatogenesi conservata nel 20% dei casi
- ipospermatogenesi nel 10% dei casi
- arresto maturativo nel 10% dei casi
- sindrome a sole cellule di Sertoli nel 60% dei casi

Conclusioni: con lo sviluppo delle tecniche di recupero chirurgico di spermatozoi, associate ai progressi delle biotecnologie in ambito di fecondazione assistita, ai soggetti azoospermici dopo un trattamento per neoplasia non deve essere preclusa la possibilità di avere una paternità. Il recupero di spermatozoi mediante TeSE può essere proposto agli azoospermici già trattati per neoplasia in quanto rappresenta una tecnica sicura ed efficace.

Abstract n. 130 Poster

ESPLORAZIONE MICROCHIRURGICA DEL TESTICOLO PER IL TRATTAMENTO "TESTIS SPARING" DELLE LESIONI TESTICOLARI IPOECOGENE NON PALPABILI

Rolle L.[1], Timpano M.[1], Tamagnone A.[1], Destefanis P.[1], Fiori C.[1], Bosio A.[1], Ceruti C.[1], Negro C.[1], Cugiani A.[1], Fauciglietti P.[2], Fontana D.[2]

[1]Divisione Universitaria di Urologia 2 - Ospedale MAggiore San Giovanni Battista - Molinette, Torino; [2]Divisione di Radiologia Diagnostica 2 D.E.A. Ospedale Maggiore San Giovanni Battista - Molinette, Torino

Introduzione ed Obiettivi: Con l'utilizzo sempre più diffuso dell'ecografia scrotale, il riscontro di aree ipoecogene non palpabili è diventato più frequente. Sono stati proposti differenti approcci, dall'orchifunicolectomia al semplice follow up ecografico, tuttavia linee guida definitive non sono ancora state completate sulla gestione di queste lesioni. Riportiamo la nostra casistica relativa a pazienti con riscontro di lesioni testicolari ipoecogene non palpabili, che sono stati sottoposti ad una esplorativa scrotale chirurgica con l'ausilio del microscopio operatore.
Metodi: Sono stati considerati complessivamente 14 pazienti per l'esplorazione microchirurgica di lesioni testicolari ipoecogene non palpabili, da Aprile 2003 a Dicembre 2005. Sono stati analizzati retrospettivamente i dati desunti dalle cartelle cliniche, dalle ecografie testicolari e dagli atti operatori.
Risultati: La lesione occupava il testicolo sinistro in 8 casi e il destro in 6; le dimensioni medie delle lesioni sono risultate 5,7 + 4.6 mm (range 2,5 - 16). L'approccio microchirurgico ha consentito di identificare ed asportare con successo la lesione in tutti i pazienti. L'esame istologico estemporaneo al congelatore dimostrava una lesione benigna in 12 casi ed una neoplasia intratubulare a cellule germinali (ITGCN) in 2. In questi ultimi, l'esplorativa microchirurgica è stata completata con l'orchifunicolectomia. L'esame istologico definitivo ha confermato l'esame estemporaneo in tutti i casi. Il follow up medio clinico e con ecografie scrotali è di 15 mesi. Non si sono registrate complicanze.
Conclusioni: L'esplorativa testicolare con tecnica microchirurgica combinata con l'esame istologico intraoperatorio rappresenta una tecnica sicura, efficace e realizzabile nei casi di lesioni testicolari ipoecogene non palpabili. Tale approccio reca numerosi vantaggi e dovrebbe essere presa particolarmente in considerazione in pazienti monorchidi o in pazienti con lesioni bilaterali che richiedono di preservare la propria fertilità.

Abstract n. 131 Poster

"HIDDEN PENIS" E GRANDE OBESITÀ: FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI NEOPLASIA DEL PENE?

Rolle L.[1], Datta G.[2], Timpano M.[1], Tamagnone A.[1], Fiori C.[1], Destefanis P.[1], Negro C.[1], Ceruti C.[1], Bocchiotti G.[2], Fontana D.[1]

[1]Divisione Universitaria di Urologia 2 Dipartimento di Discipline Medico-chirurgiche - Università degli Studi di Torino - Ospedale Molinette; [2]Divisione Universitaria di Chirurgia Plastica - Dipartimento di Discipline Medico-chirurgiche - Università degli Studi di Torino - Ospedale Molinette

Introduzione: Sebbene l'eziologia delle neoplasie del pene sia a tutt'oggi poco chiara, è opinione comune che la circoncisione in età infantile rappresenti un fattore protettivo nei confronti dell'insorgenza di tale patologia, così come le infezioni peniene ricorrenti e la fimosi sono noti fattori di rischio. A tal proposito, soggetti grandi obesi, in cui il tessuto adiposo perigenitale spesso incarcera il pene, potrebbero rientrare in una categoria a rischio per l'insorgenza di tale patologia.
Caso Clinico: R.G., 45 anni, diabetico, grande obeso (BMI > 40 kg/m^2), giungeva alla nostra osservazione per il completo incarceramento del pene da parte del tessuto adiposo perigenitale (hidden penis). Sottoposto ad intervento di esteriorizzazione del pene e mini-addominoplastica, durante la procedura si riteneva di eseguire una biopsia del glande, il cui aspetto macroscopico mostrava irregolarità mucose: l'esame istologico definitivo evidenziava, in effetti, una lesione carcinomatosa di epitelio pavimentoso ben differenziato del glande, pT2 Nx, trattata con successo mediante crioterapia.
A distanza di un anno, a seguito della recidiva della lesione sul glande, si eseguiva un intervento di amputazione parziale del pene. L'esame istologico evidenziava lesione carcinomatosa di epitelio pavimentoso ben differenziato del glande, pT2 Nx, con focolaio di carcinoma pavimentoso sul margine dorsale del corpo cavernoso. Per questo motivo, 3 mesi dopo, il paziente subiva l'amputazione totale del pene, con uretrostomia definitiva perineale e confezionamento di penoide con lembi di cute scrotale.
Discussione: L'aumento della popolazione obesa nel mondo occidentale porterà sempre più pazienti a ricorrere al consulto con l'andrologo per una falsa brevità del pene, nascosto dal tessuto adiposo perigenitale. La difficoltà che questo comporta nel mantenere un'adeguata igiene locale può condizionare l'insorgenza di patologie infettive croniche a carico degli organi genitali, il che è riconosciuto come noto fattore di rischio per l'insorgenza di neoplasia del pene. Per questa ragione, riteniamo che sia obbligo dell'Andrologo porre l'indicazione a correggere questa condizione non solo nel paziente motivato a riprendere una vita sessuale soddisfacente, ma anche nell'ottica di evitare che aumenti nel tempo il rischio di sviluppare una neoplasia del pene.

Abstract n. 132 Video

RIABILITAZIONE SESSUALE E RIPRISTINO DELLA CONTINENZA URINARIA MEDIANTE POSIZIONAMENTO DI PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE E DISPOSITIVO INVANCE: SINGOLO INTERVENTO, SINGOLA INCISIONE

Rolle L.[1], Morra I.[2], Tamagnone A.[1], Destefanis P.[1], Timpano M.[1], Ragni F.[2], Ceruti C.[1], Negro C.[1], Fontana D.[1]

[1]Divisione Universitaria di Urologia; [2]Ospedale Maggiore San Giovanni Battista - Le molinette, Torino; [2]Divisione Uinversitaria di Urologia - Ospedale San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)

Il video illustra i tempi chirurgici per il posizionamento contemporaneo di due dispositivi per la correzione dell'incontinenza urinaria (AMS InvanceTM Male Sling) e per il ripristino della potenza sessuale (impianto protesico AMS 700 CX Inhibizone con Tactile Pump) in un soggetto (L.R., di anni 61) precedentemente sottoposto ad intervento di prostatectomia radicale per adenocarcinoma della prostata.
Con paziente in posizione litotomica, viene eseguita un'unica incisione penoscrotale a V rovesciata, previo posizionamento di catetere vescicale. Si isolano bilateralmente le branche ischio-pubiche e si posizionano tre viti in titanio in ciascuna branca, a circa 1 cm l'una dall'altra, con dispositivo INVANCETM. Si isolano i corpi cavernosi alla radice del pene e si posizionano punti di sospensione sull'albuginea che viene successivamente incisa. Dopo adeguata dilatazione dei corpi cavernosi, utilizzando l'introduttore di Furlow, si posizionano i due cilindri dell'impianto protesico che si alloggiano correttamente nei corpi cavernosi.
Dopo reperimento dell'anello inguinale dx, e rottura con forbici della fascia trasversalis si posiziona il serbatoio mentre l'impianto di attivazione viene alloggiato nella borsa scrotale. Si verifica il corretto funzionamento dell'impianto gonfiando e sgonfiando i cilindri. Si solidarizza quindi alle viti precedente-

mente posizionate sulla branca ischiopubuca la rete in polipropilene INTEMESH utilizzando sei punti in prolene. La sutura dell'incisione penoscrotale con plastica V->Y , la rimozione del catetere vescicale ed il posizionamento di un cisto cath sovrapubico concludono l'intervento. Le minzioni spontanee (con completa continenza) si sono ottenute dopo nove giorni di ritenzione urinaria (minzione attraverso il cisto cath); la protesi del pene risulta correttamente funzionante, il paziente è soddisfatto.

Abstract n. 133 Poster

TRATTAMENTO MULTIPLO, BRACHITERAPIA, ORMONOTERAPIA E RADIAZIONI A FASCI ESTERNI, IN PAZIENTI CON CARCINOMA PROSTATICO AD ALTO RISCHIO. TOLLERABILITA' E RISULTATI A 24 MESI DI FOLLOW-UP

Maffezzini M.[1], Gavazzi L.[1], Calcagno T.[1], Ricci P.[2], Gambaro M.[3], Grimaldi A.[2], Vaccara E.[3], Siragusa A.[2], Taccini G.[3], Grillo Ruggeri F.[2]

[1]SC Urologia, [2]SC, Radioterapia, [3]SC Fisica Sanitaria, Ospedali Galliera, Genova

Obiettivi: Valutare la tollerabilità e l'efficacia a 24 mesi di follow-up mediano del trattamento multiplo del carcinoma prostatico.
Materiali e Metodi: 17 pazienti consecutivi con diagnosi di carcinoma prostatico ad alto rischio, sono stati sottoposti a ormonoterapia, impianto di I125 e radiazioni a fasci esterni (45 Gy).
Risultati: 17 pazienti di età mediana di 68 anni, media di 69.2, con PSA medio di 31.24 ng/ml e mediano di 16,1 ng/ml, con punteggio di Gleason > 7 sono stati trattati consecutivamente ed hanno completato il protocollo. Un paziente nel corso del follow-up ha sviluppato un TCC infiltrante della vescica ed è stato sottoposto a cistectomia radicale, pertanto, sono 16 i pazienti valutabili. Al controllo del 1 mese, la tossicità locale, sotto forma di disuria e mucorrea è stata di grado 2 in 10 pazienti (62.5%); è stata associata a disturbi ostruttivi che hanno richiesto trattamento medico con alfa litici in 5 pazienti, e si è risolta entro il 6 mese di controllo. Dopo un follow-up mediano di 24 mesi, range 18 - 36 mesi, 2 pazienti (12.5%) hanno sviluppato progressione biochimica e clinica di malattia e 14 (87.5%) sono in risposta biochimica a clinica con PSA che ha raggiunto e mantenuto il nadir.
Conclusioni: Il trattamento multimodale di ormonoterapia e radioterapia interstiziale ed a fasci esterni è un trattamento, efficace e ben tollerato e rappresenta una alternativa valida rispetto a trattamenti basati sulla chirurgia.

Bibliografia

1. *Merrick GS, et al: Permanent interstitial brachytherapy for the management of carcinoma of the prostate gland. J Urol 2003;169.1643*
2. *Critz FA, et al: Simultaneous irradiation for prostate cancer : intermediate results with modern technique. J Urol 2000;164:738*

Abstract n. 134 Poster

RIPRESA PRECOCE DELLA FUNZIONE INTESTINALE DOPO CISTECTOMIA RADICALE E DERIVAZIONE URINARIA INTESTINALE PER CARCINOMA TRANSIZIONALE INFILTRANTE DELLA VESCICA

Maffezzini M.[1], Gerbi G.[2], Campodonico F.[1], Parodi D.[2], Canepa G.[1]

[1]SC Urologia, [2]SC Anestesia e Rianimazione, Ospedali Galliera, Genova

Introduzione ed Obiettivi: L'ileo dinamico post-operatorio rappresenta la più frequente causa di complicanze e di degenza prolungata dopo cistectomia radicale e derivazione urinaria intestinale per TCC infiltrante della vescica. Abbiamo concepito ed attuato un protocollo multimodale allo scopo di ridurre l'incidenza e la durata dell'ileo dinamico post-operatorio.
Materiali e Metodi: Il protocollo prevede diverse misure cliniche articolate in tre fasi, pre-operatoria, intra-operatoria e post-operatoria, che hanno lo scopo di ridurre gli eventi che determinano la comparsa dell'ileo post operatorio. I dati relativi alla serie attuale dei pazienti sono stati confrontati con un gruppo retrospettivo di 40 pazienti operati prima dell'adozione del protocollo. Gli effetti del protocollo sono stati valutati anche su albumina, proteine totali e linfociti in 1a,3a e 5 giornata p-o.
Risultati: Dal settembre '02 al giugno '06 il protocollo è stato applicato in 81 pazienti consecutivi sottoposti a cistectomia radicale e derivazione urinaria (ortotopica, eterotopica e Bricker) per TCC infiltrante della vescica. L'età mediana era di 74 anni, e più della metà del campione apparteneva a categorie ASA 2 e 3. Il tempo mediano di comparsa della peristalsi è stata la 2 giornata p-o.Il ritorno ad alimentazione orale è avvenuto in 4 giornata p-o, mediana, range 3 – 9 nel gruppo attuale e 8, range 7-12, in quello retrospettivo. Abbiamo osservato complicanze in 19 su 81 pazienti (23.4%). Non abbiamo osservato alcun effetto sulla deplezione proteica post-operatoria.
Conclusioni: Abbiamo osservato una incidenza ridotta di ileo dinamico post operatorio mediante l'adozione di un protocollo ad hoc in pazienti sottoposti a cistectomia radicale e derivazione per TCC infiltrante della vescica, tuttavia, non abbiamo osservato alcun effetto sulla deplezione proteica post-operatoria. Sono necessari ulteriori studi indirizzati sull'aspetto nutrizionale.

Bibliografia

1. *Hollembeck BK, et al: Identifying risk factors for potentially avoidable complications following radical cystectomy.J Urol 2005;174:1231*
2. *Maffezzini M, et al:Peri-operative management of ablative and reconsrtructive surgery for invasive bladder cancer in the elderly. Surg Oncol 2004;17:197*

Abstract n. 135 Poster

CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE NEL TUMORE VESCICALE INFILTRANTE: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO

Maggioni M.[1], Bertana F.[1], Longo G.[1], Rovera F.1, Biffi A.2, Locatelli C.2, D'Antona A. 2, Schiaffino E.3, Ruoppolo M.4, Tombolini P.1

[1]Ospedale San Carlo Borromeo Milano Divisione Urologia; [2]Ospedale San Carlo Borromeo Milano Divisione Oncologia; [3]Ospedale San Carlo Borromeo Milano Divisione A.Patologica; [4]Ospedale Treviglio divisione Urologia

Introduzione e Obiettivi: La terapia chirurgica elettiva (gold standard) della neoplasia vescicale infiltrante di alto grado è la cistectomia radicale col linfoadenectomia locoregionale. La mortalità associata alla cistectomia si è drasticamente ridotta negli ultimi anni 1-3%. La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti sottoposti ad intervento è del 60% nei pT2, del 25% nei pT3 e solo del 5% nei pT4. Recidive pelviche sono documentabili nei primi 2 anni intorno al 20-25% dei casi. Dal 1985 Stendberg e coll. hanno proposto una chemioterapia sistemica neoadiuvante prima dell'intervento chirurgico allo scopo di ridurre la massa tumorale e le eventuali micrometastasi. Gli schemi chemioterapici più frequenti adottati comprendono varie associazioni di farmaci (M-VAC, M-VEC) con una risposta obiettiva descritta in letteratura nell'oltre il 50% dei casi e con una risposta completa nel 30-35% dei casi. La sensibilità alla prima fase della chemioterapia rimane un importante fattore prognostico ed il successivo intervento chirurgico in questi casi produce risultati nettamente superiori in termini di sopravvivenza.

Metodi: Dall'Ottobre 1994 al Giugno 2006 abbiamo trattato con chemioterapia neoadiuvante M-Vac 99 pazienti(88 maschi, 11 femmine, età media 61.2 anni, range 42-73aa) affetti da neoplasia vescicale infiltrante (ITCC). Alla stadiazione pre chemioterapia sono risultati 31 pazienti T2, 48 T3, 20 T4; 9 pazienti N+; 31 G2 e 68 G3, tutti stadiati con Tur-vescicale e Tac addominopelvica). Tutti i pazienti sono successivamente stati sottoposti a 2-6 cicli di CHT neoadiuvante M-VAC (Methotrexate 30 mg/sqm day 1-15-22; vinblastine 3 mg/sqm day 2-15-22; doxorubicina 30 mg/sqm day 2; cisplatinum 70 mg/sqm day 2; ogni 28 giorni). Tutti i pazienti sono stati ristudiati con Tac addome completo dopo i primi 2 cicli di chemioterapia, ed escusivamente i pazienti che presentavano un peggioramento di malattia sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di cistectomia radicale di salvataggio
Risultati: In 7/99 pazienti la chemioterapia è stata interrotta per tossicità o per progressione di malattia e sono pertanto stati sottoposti ad intervento chirurgico di cistectomia di salvataggio. In 55/99 (56%) si sono osservate risposte oggettive positive, con una maggior percentuale di risposte osservate in pazienti con G3 TCC (72%) rispetto ai pazienti con G2 (41%).
82/99 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia radicale con linfoadenectomia (cistectomia). Al follow up medio di 96 mesi, 37 (37%) pazienti sono vivi, liberi da malattia, con una sopravvivenza del 92% at 12 mesi, 65% at 24 mesi, 47% at 36 mesi. Tra gli effetti collaterali che si sono osservati, il maggiore è stato la mielotossicità, che ha raggiunto grado 3-4 in 29 pazienti, tuttavia senza il riscontro di alcun decesso dovuto alla mielottossicità stessa. Non si è comunque osservata nessuna complicanza a livello renale durante o dopo somministrazione di cisplatino attuando un attento monitoraggio del chemioterapico e dei suoi effetti tossici.
Conclusioni: La chemioterapia neoadiuvante M-VAC è un approcio flessibile e con buoni risultati per il tumore transizionale vescicale (TCC), anche se tuttavia non si è ancora riscontrato un reale beneficio rispetto ai pazienti sottoposti esclusivamente all'intervento chirurgico. Ciò nonostante studi randomizzati comparativi, associando fattori biologici prognostici a l'utilizzo di nuove molecole chemioterapiche, possono far propendere nel futuro al miglioramento della terapia neoadiuvante e ad un suo sicuro utilizzo pre intervento radicale.

Abstract n. 136 Video

RAGGIUNGIMENTODELL'EMOSTASI CON TACHOSIL NELLA TUMORECTOMIA RENALE

Marzotto M.[1], Sandri S.[1], Camazzola M.[1], Tagliabue A.[1], Gorgone B.[1]
[1]*U.O. Urologia e Unità Spinale Ospedale "G.Fornaroli" Magenta (MI)*

Introduzione: Il raggiungimento dell'emostasi in corso di tumorectomia renale è un problema non sempre facilmente risolvibile con le tecniche emostatiche abituali (punti, elettrocoagulazione, Argon laser, garze emostatiche). Anche le fistole urinose sono una complicanza non sempre risolvibile con una sutura idonea delle cavità renali ed eventuale posizionamento di stent ureterale. Viene proposta una nuova tecnica di emostasi mediante l'impiego di un patch di collagene rivestito di fibrinogeno e trombina umana (tachosil) allo scopo di ottenere sia l'emostasi che una maggiore chiusura della via escretrice
Materiali e Metodi: Viene presentato un caso di neoplasia renale destra riscontrata occasionalmente all'ecografia, in un paziente di 64 anni con insufficienza renale cronica (creatinina 2,8), diabetico, epatopatico. La RMN ha evidenziato una lesione solida di 3 cm del labbro posteriore del rene a sviluppo esofitico e con impronta sulla parete posteriore del bacinetto.
L'accesso lombotomico ha consentito un agevole isolamento di tutto il parenchima renale, con clampaggio di un ramo dell'arteria renale con bulldog e ipotermia per 17 minuti. La neoformazione viene circoscritta con elettrobisturi a circa un cm dalla neoplasia, incidendo la capsula renale. La neoformazione viene scollata con dissettore e digitoclasia fino a enuclearla con il tessuto adiposo sovrastante. I vasi afferenti vengono clampati e legati con Vicryl 3/0. In attesa dell'esame istologico per la valutazione dei margini chirurgici, si suturano i calici della via escretrice. Al termine dell'emostasi macroscopica si applica la spugna di Tachosyl su tutta la trancia di sezione, senza punti di ancoraggio. La adesione del foglietto emostatico avviene per semplice compressione digitale per la durata di 3-4'. Successiva rimozione del clampaggio vascolare e verifica della corretta emostasi. Per la prevenzione delle fistole urinarie viene applicato un catetere ureterale doppio J 7 F.
Risultati: I margini chirurgici all'esame estemporaneo macroscopico sono risultati negativi. L' esame istologico ha mostrato la presenza di carcinoma a cellule renali papillare, tipo 2, grado 2 secondo Fuhrman, di 3,5 cm di diametro con benderella fibrosa di un mm di spessore che separa il margine chirurgico dalla lesione.
Conclusioni: L'utilizzo di patch emostatici per il raggiungimento dell'emostasi e per la prevenzione delle fistole urinarie, rappresenta un progresso nella chirurgia conservativa renale, anche nei casi più avanzati come neoplasie di 4-5 cm., sia in elezione che in urgenza.

Abstract n. 137 Comunicazione

UTILITÀ DELL'ECO-COLOR-DOPPLER TRANSRETTALE IN PAZIENTI CON SOSPETTO CARCINOMA PROSTATICO

De Maria M., Campo G., Meschini -Fabris F., Giannarini G., Mogorovich A., Morelli, Selli C.
Urologia Universitaria, Pisa

Introduzione e Obiettivi: Circa 3/4 delle biopsie prostatiche (BP) effettuate in pazienti senza noduli palpabili o visibili e con valore di PSA compreso tra 4 e 10 ng/ml non documentano tumore. Confrontando l'eco-color-doppler transrettale standard di pazienti con BP positiva e negativa e aventi tali caratteristiche cliniche, abbiamo cercato di individuare un pattern diagnostico suggestivo per tumore al fine di ridurre il numero di biopsie inutili.
Metodi: Tra il settembre 2004 e il settembre 2005 115 pazienti consecutivi con esplorazione rettale negativa per noduli, PSA compreso tra 4 e 10 ng/ml ed ecografia transrettale B-mode della prostata (TRUS) negativa per noduli sono stati studiati da un unico operatore con eco-color-doppler transrettale della prostata standard (TRUS-CD) e successivamente sottoposti a BP secondo schema a 10 prelievi (2 alla base, 2 al settore medio e 1 all'apice per lobo, nella zona periferica). L'ecografo utiilizzato è stato Hawk 2102 (B-K Medical, Danimarca) con sonda endocavitaria biplana (convex e lineare) da 7.5 MHz e software avanzato in grado di archiviare immagini statiche e video. Gli esami TRUS-CD sono stati eseguiti in scansione sagittale e trasversale e retrospettivamente riesaminati per confrontare il pattern di vascolarizzazione nei pazienti con BP positiva (gruppo A) e negativa (gruppo B).
Risultati: L'età mediana era di 63 anni (range 45-75), il PSA totale mediano 6,8 ng/ml (range 4-10) e il volume prostatico mediano 45 cc (range 30-60). In 36 (31%) pazienti la BP ha documentato adenocarcinoma. Il numero mediano dei prelievi positivi era 3 (range 1-5) e il Gleason score mediano 6 (range 5-7). I due gruppi sono risultati sovrapponibili per età, PSA totale e volume prostatico. Alla rivalutazione degli esami TRUS-CD, nei pazienti del gruppo A non sono stati riscontrati pattern con anomalie della distribuzione vascolare né nei settori prostatici con prelievi positivi né in quelli con prelievi negativi. Neanche nei pazienti del gruppo B si sono documentati pattern di alterata distribuzione regionale dei flussi.

Conclusioni: Non è stato possibile individuare alcun pattern TRUS-CD suggestivo per tumore prostatico, pertanto l'impiego di tale modalità d'immagine nei pazienti con solo sospetto sierologico di neoplasia e PSA tra 4 e 10 ng/ml non sembra incrementare l'accuratezza della BP.

Abstract n. 138 Comunicazione

IDENTIFICAZIONE DI FATTORI CLINICO-PATOLOGICI CORRELATI ALLA SOPRAVVIVENZA IN PAZIENTI (PAZ) CON CARCINOMA RENALE (CR): REVISIONE DI UNA CASISTICA MONOISTITUZIONALE

Sabbatini R.[1], Ferrari A.[1], Jovic G.[1], Maur M.[1], Clo' V.[1], Romagnani E.[1], Bianchi G.P.[2], Conte P.F.[1]

[1]Dipartimento Integrato di Oncologia ed Ematologia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; [2]Clinica Urologia Policlinico di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Introduzione e Obiettivi: La sopravvivenza a 5 anni di un tumore confinato al rene è 90-95%, per la malattia metastatica è dello 0-20%. Vista la recente introduzione di anatiangiogenetici attivi nel CR è necessario identificare nuovi fattori clinico-biologici per selezionare i paz da trattare. L'obiettivo dello studio è identificare variabili cliniche-patologiche in grado di predire in maniera significativa la sopravvivenza.
Metodi: Le caratteristiche di 191 paz con CR sono state valutate retrospettivamente e correlate con la sopravvivenza libera da recidiva (SLR) e con la sopravvivenza globale (SG). Le variabili considerate sono state: sesso (F,M), PS (Karnofsky ≥ 80 vs < 80), istologia (a cellule chiare vs altro), T (≤ 7 cm vs > 7 cm), nefrectomia, linfoadenectomia, livelli sierici di emoglobina (alta ≥ 13 g/dl nei M e ≥ 11.5 g/dl nelle F vs bassa), di calcio corretto (alto > 10 mg/dl vs basso), e di LDH (alto > 690 U7L vs basso), e il Motzer score (favorevole 0 vs intermedio 1, 2). Tutti i paz sono stati operati presso la Clinica Urologia e/o seguiti presso il Dipartimento Integrato di Oncologia del Policlinico di Modena.
Risultati: 73/191 paz presentavano un CR metastatico all'esordio, 118/191 sono stati operati radicalmente e di questi 50 sono recidivati. Nei paz operati radicalmente la mediana di SLR è stata di 79 mesi, non influenzata in maniera significativa da PS, istologia (p=0.4), stadio del T (p=0.1), sesso (p=0.6), e terapia adiuvante con citochine (p=0.6), ma correlata alla linfoadenectomia (p=0.009). La mediana di SG (mSG) dei paz operati radicalmente e non recidivati è stata di 149 mesi; nei 50 paz recidivati la mSG è stata di 51 mesi correlata significativamente solo con il PS (55 vs 14 mesi; p=0.002). La peggior SG è stata riportata nel gruppo dei paz metastatici all'esordio e in quelli con recidiva precoce (entro 12 mesi) dall'intervento chirurgico: mSG 20 mesi. In base alla sopravvivenza è stato possibile identificare 3 gruppi a differente prognosi: GRUPPO A paz operati radicalmente non recidivati; GRUPPO B paz con recidiva tardiva (≥ 12 mesi) e GRUPPO C metastatici all'esordio e paz con recidiva precoce (< 12 mesi).
Ne gruppo A la mSG è risultata migliore per i paz sottoposti a linfoadenectomia anche se non ha raggiunto la significatività statistica (149 vs 80 mesi, p=0.09). Nel gruppo B l'unica variabile correlata significativamente con la mSG è stato il PS (p=0.001). Nel gruppo C la mSG è stata influenzata in maniera significativa da: PS (13 vs 5 mesi, p=0.000); livello di Hb alta vs bassa (22 vs 7 mesi; p=0.006); Motzer score 0 vs 1,2 (22 vs 9 vs 2 mesi; p=0.000); nefrectomia si vs no (16 vs 6 mesi; p=0.001), livello di LDH basso vs alto (13 vs 1 mese, p=0.001); mentre non sono state trovate associazioni significative con sesso, istologia, T, e linfoadenectomia. Nel gruppo C 20 paz hanno iniziato una terapia antiangiogenetica dopo un trattamento con interferone o interferone e chemioterapia. Dato il breve follow up di questo gruppo di paz non è possibile al momento un analisi dei dati di SG.

Conclusioni: la nostra analisi conferma l'importanza a) del PS per l'identificazione dei paz e peggior prognosi; b) della nefrectomia e della linfoadenectomia anche nella malattia metastatica; e c) valida ulteriormente lo score di Motzer.

Bibliografia

1. Robert J. Motzer, Jennifer Bacik, and Madhu Mazumdar Prognostic Factors for Survival of Patients with Stage IV Renal Cell Carcinoma: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Experience Clinical Cancer Research Vol. 10, 6302s–6303s, September 15, 2004 (Suppl.)

Abstract n. 139 Poster

TRATTAMENTO DI TERMOCHEMIOTERAPIA (TCT) ABLATIVA NELLE NEOPLASIE VESCICALI SUPERFICIALI DI ALTO GRADO RECIDIVE. ESPERIENZA INIZIALE

Ruoppolo M., Gozo M., Pino P., Risi O., Milesi R., Spina R., Giliberto G.L.

U.O. di Urologia, Azienda Ospedaliera di Treviglio e Caravaggio, Treviglio (BG)

Introduzione: Ogni anno vengono diagnosticati in Italia oltre 20000 nuovi casi, prima osservazione o recidiva, di neoplasia vescicale superficile. Questa neoplasia occupa il quarto posto fra i tumori più frequenti nel sesso maschile e l'ottavo posto fra le femmine con un progressivo e costante aumento di incidenza per questo sesso. L'istotipo più frequente è rappresentato dal carcinoma a cellule transizionali (TCC) che in circa un quarto dei casi si presenta alla prima osservazione come di neoplasia di alto grado con un rischio di recidiva dopo trattamento radicale di oltre l'80% entro cinque anni e un rischio di pregressione verso neoplasia infiltrante che oscilla dal 25 al 40%. Il trattamento raccomandato per le forme superficili di alto grado è la Resezione Endoscopica Radicale (TURBT) con riscontro istologico di tessuto sano al termine della resezione stessa e la chemio/immuno profilassi endovescicale delle recidive. La TermoChemioTerapia (TCT) con il sistema Synergo realizzato dalla Medical Enterprises Ltd, rappresenta una riedizione in chiave moderna della nota evidenza che il calore facilita la propagazione nei tessuti degli antiblastici. essa basa la sua efficacia su un sinergismo d'azione derivante dall'abbinamento dell'ipertermia con la mitomicina. La procedura viene realizzata in regime ambulatoriale, mediante un catetere inserito in vescica per via transuretrale il quale è in grado di scaldare uniformemente la parete vescicale attraverso la produzione di microonde e monitorando costantemente per mezzo di termocoppie che la temperatura all'interno della vescica si mantenga costante per tutta la durata del trattamento. Lo stesso catetere consente l'immissione e la circolazione del farmaco chemioterapico all'interno della vescica. Tutti i dati sono monitorati ed elaborati da un software dedicato e l'intero sistema costituisce una tecnologia appravata dalla Autorità degli Standard Europei (CE) e in via di approvazione dalla FDA.
Pazienti e Metodi: Dal 6/2003 al 2/2006 abbiamo trattato 18 pazienti (16 maschi, 2 femmine; età media 60.4 aa., range 47-76) affetti da neoplasia vescicale superficiale recidiva di alto grado: 3 pazienti avevano effettuato trattamento chemioprofilattico in precedenza con BCG, 11 con mitomicina. In 2 casi coesisteva anche un Ca in Situ. I G2 erano 7 e i G3 11. I pazienti sono stati trattati con 8 sedute settimanali di TCT seguite da restang ed ulteriori 4 sedute di consolidamento. La stadiazione è stata effettuata con TAC con mdc, TURB bioptica + mapping vescicale a freddo ed EB e CTM urine. La restadiazione è avvenuta con cistoscopia con PPD in narcosi e biopsie mirate, CTM urine e TAC in 9 casi. I pazienti in progressione sono usciti dallo studio e sono stati avviati ad altre terapie.
Risultati: Su 18 pazienti entrati nel protocollo di TCT, dopo 3 - 5 sedute 3 pazienti hanno sospeso il trattamento per tossicità e grave reazione allergica. Sono stati considerati trattati i pazienti

che hanno effettuato almeno 6 sedute. Dei 15 residui due hanno evidenziato una progressione neoplastica. Un altro pur mantenedo la vescica indenne ha sviluppato una recidva multipla in uretra. Entrambi sono andati alla cistectomia di salvataggio previa chemioterapia neoadiuvante. Altri 2 hanno sviluppato una recidiva superficiale trattata con TURB senza ulteriori sequele. Le risposte complessive (RC + RP) sono state 13 (65%) mantenute nel tempo per 6 - 32 mesi.
Discussione: La TCT rappresenta indubbiamente una concreta possibilità di trattamento conservativo nelle neoplasie superficili recidive di alto grado sopratutto se multiple e secondo alcuni autori potrebbe ridurre del 50% la progressione della neoplasia superficiale verso forme infiltranti ed il conseguente necessario ricorso alla cistectomia. I risultati del nostro centro e di altri centri pilota sono incoraggianti. Indubbiamente la metodica risulta allettante per la scarsa invasività e l'elevato numero di risposte oltre che per la sua possibilità di trattare anche il Ca in situ. Punti controversi restano l'elevata percentuale di reazioni allergiche, il costo elevato della procedura e sopratutto il rischio di proporre il trattamento, per inefficacia della stadiazione a pazienti che hanno già sviluppato una neoplasia infiltrante.

Abstract n. 140 Poster

RIPARAZIONE DI FISTOLA VESCICOVAGINALE PLURIRECIDIVA DOPO TURV PER NEOPLASIA FIBROMIXOIDE, CON LEMBO DI MARTIUS

Tombolini P.[1], Ruoppolo M.[2], Maggioni M.[1], Rovera F.[1], Patelli E.[2]
[1]U.O. di Urologia, Ospedale San Carlo Borromeo, Milano; [2]U.O. di Urologia, Azienda Ospedaliera di Treviglio e Caravaggio, Bergamo

Introduzione: Il trattamento delle fistole vescico-vaginali plurirecidive rappresenta una problematica non indifferente per il chirurgo a causa del potenziale rischio di ulteriori e più gravi recidive e per il disastroso effetto psicologico che un eventuale fallimento può avere sulla paziente. Molteplici procedure sono state adottate per la correzione utilizzando sia un accesso vaginale, sia quello transvescicale sia il transperitoneale. La via vaginale è di norma riservata a fistole di piccole dimensioni ed è gravata dal rischio di incontinenza da stress nel 7 - 25% dei casi, da sclerosi del collo vescicale e dalla possibile riduzione della lunghezza funzionale dela vagina a causa della perdità di mobilità della parete vaginale anteriore. L'utilizzo del lembo fibroadiposo peduncolato del grande labbro proposto da Martius nel 1928 e riproposto negli anni 80 da Steg rappresenta una soluzione alle problematiche di correzzione transvaginale delle fistole V-V complesse.
Caso clinico: Riportiamo il caso di una donna di 33 anni, grande obesa, sottoposta a TURV 3 anni prima, per una neoplasia fibromixoide della vescica e che aveva presentato una fistola vescicovaginale dopo la rimozione del catetere. La paziente era stata sottoposta, in altra sede, per 3 volte ad intervento correttivo con utilizzo anche di colla biologica ma con esito infausto. Nel giugno 2005 la paziente giungeva alla nostra osservazione. Alla cistografia e alla cistoscopia si rilevava una cospicua lesione fistolosa di quasi 3 cm di diametro estesa dall'uretra cervicale fino a poca distanza dagli sbocchi ureterali. La paziente aveva quasi completamente perso la possibilità di mingere e doveva utilizzare 3-4 pannoloni al di.
Tecnica Chirurgica: Previo posizionamento di un catetere siliconato sovrapubico effettuto sulla guida di beniquè introdotto in vescica dal tramite fistoloso, si è proceduto alla visualizzazione della fistola con l'ausilio delle valve vaginali laterali e posteriore. Il posizionamento del divaricatore di Scott ha consentito la successiva preparazione dei margini vescicali e vaginal. Si è quindi proceduto alla recentazione dei tessuti devitalizzati. La parete vescicale è stata richiusa in senso uretro-trigonale previo posizionamento di catetere transuretrale. La sutura della parete è stata effettuata in doppio strato introflettente avendo cura di disassare le suture e senza tensione. Con una incisione longitudinale sul grande labbro di sinistra è stato preparato un lembo peduncolato fibroadiposo ben vascolarizzato secondo la tecnica di Martius successivamente traslato per via transvaginale a ricoprire la sutura. Infine è stata richiusa la mucosa vaginale.
Risultati: Il decorso postoperatorio è stato regolare. Il catetere epicistostomico è stato rimosso dopo 10 gg e quello transuretrale dopo 15 previa esecuzione di cistografia. La paziente ha ripreso i rapporti sessuali dopo 3 mesi dall'intervento. A distanza di 12 mesi dall'intervento la paziente non ha più avuto recidive, mantiene una minzione agevole senza residuo e non ha sviluppato iperattività vescicale
Discussione: La correzione di una fistola vescico- vaginale complessa e plurirecidiva comporta il rispetto di alcuni principi chirurgici: la completa separazione della parete vescicale da quella vaginale, l'escissione del tessuto devitalizzato per ottenere margini integri e una sutura in piani distinti e senza tensione delle due pareti: vescicale e vaginale. Per questi motivi la correzione viene preferibilmente attuata per via addominale al fine di garantire migliori possibilità di successo e migliore visibilità. Tuttavia diversi autori hanno dimostrato che una correzione per via vaginale è altrettanto efficace, permette di impiegare un flap fibroadiposo peduncolato e non comporta una troppo estesa mobilizzazione della vescica con il rischio di una iperattività del detrusore. Nella nostra esperienza l'impiego del lembo di Martius si è dimostrato una tecnica affidabile e risolutiva e ha evitato l'accorciamento della vagina che è uno dei rischi di alcune tecniche per via vaginale, confermando la validità dell'approccio miniinvasivo vaginale.

Abstract n. 142 Poster

PAZIENTE CON CIS PLURIRECIDIVO E PLURIFOCALE TRATTATO CON GEMCITABINA

Del Zingaro M., Ioannidou, Cochetti G., Saccomanni M., Zucchi A., Mearini L., Porena M.
Clinica Urologia ed Andrologica, Policlinico Monteluce, Dir. Prof. Massimo Porena

Introduzione ed Obiettivi: Scopo di questo studio è quello di riportare il risultato del trattamento con Gemcitabina endovescicale di una paziente affetta da tumore vescicale superficiale Ta G3 e CIS plurirecidivo e refrattario ad altri trattamenti con chemioterapici o immunoterapici endovescicali.
Metodi: Paziente di 79 anni con prima diagnosi di Tcc effettuata dopo TURB e successivo second look a 4 settimane nel 1999 e con referto istologico di carcinoma papillare T1G3 e CIS. Dopo tale trattamento è stata sottoposta a cicli di istillazioni endovescicali con BCG. Entro 6 mesi ha avuto una recidiva (referto istologico TaG1); ha continuato le istillazioni con BCG. Dopo altri 6 mesi ha avuto una recidiva di Cis plurifocale. È stata effettuata quindi una terapia endocavitaria con Epirubicina 80 mm e BCG associata. Dopo altri 9 mesi ha avuto ulteriore recidiva di CIS plurifocale con differenziazione squamosa. La paziente, dopo ulteriori recidive nonostante la terapia endocavitaria, ha rifiutato di sottoporsi a cistectomia radicale, e pertanto è stata sottoposta a istillazioni endovescicali con Gemcitabina 2 g a settimana per 6 settimane e poi richiami di 1 settimanale per 3 settimane rispettivamente a 3 - 6 - 12 - 18 - 24 - 36 mesi.
Risultati: La terapia con Gemcitabina è stata iniziata e maggio 2002 secondo lo schema sopra riportato. La paziente ha avuto una negatività delle citologie con mapping negativo e ureteropieloscopica negativa fino a dicembre 2005, per oltre 3 anni di follow up. In tale data ha avuto una recidiva di cis con citologie positive. La paziente ha rifiutato nuovamente di sottoporsi a cistectomia radicale e pertanto è stata poi sottoposta a istilla-

zioni endovescicali con Gemcitabina e BCG secondo uno schema che prevede 3 istillazioni settimanali con BCg e 3 con Gemcitabina, seguita da richiami mensili con Gemcitabina e richiami con BCG secondo lo schema classico. A 3 mesi dall'induzione si è avuta negativizzazione sia citologica che al mapping vescicale.

Abstract n. 143 Poster

TRATTAMENTO ENDOVESCICALE CON GEMCITABINA IN PAZIENTI CON TUMORE VESCICALE SUPERFICIALE AD ALTO RISCHIO DI PROGRESSIONE E MALATTIA: NOSTRA ESPERIENZA

Del Zingaro M., Ioannidou, Cochetti G., Saccomanni M., Costantini E., Porena M.

Clinica Urologia ed Andrologica, Policlinico Monteluce, Dir. Prof. Massimo Porena

Introduzione ed Obiettivi: La terapia endocavitaria è il trattamento adiuvante di scelta per le neoplasie vescicali superficiali ad alto rischio. È già stata dimostrata in passato la buona tollerabilità della gemcitabina endovescicale oltre alla sua capacità ablativa nel TCC superficiale a rischio intermedio. Scopo di questo studio è confrontare l'efficacia della terapia adiuvante endovescicale con gemcitabina nei pazienti affetti da tumore vescicale superficiale ad alto rischio di progressione e recidiva alla prima diagnosi.

Metodi: Abbiamo arruolato per questo studio 33 pazienti con prima diagnosi di tumore vescicale superficiale ad alto rischio di progressione e recidiva non sottoposti ad altri trattamenti endovescicali. Media di età 77 anni, 6 femmine e 27 uomini. 4 pazienti erano affetti da Cis, 12 da cr papillare T1G3, 12 T1 G2, 1 Ta G3, 5 Ta G2 plurifocale con neoformazioni multiple superiori a 3 cm di diametro. Tutti questi pazienti sono stati sottoposti a TURB e successivo second Look a 4 settimane. In 6 pazienti c'era persistenza di malattia al second Look a più basso stadio e grado. A circa 15 giorni dalla TURB sono stati sottoposti a istillazione endovescicale con Gemcitabina 2 g., secondo uno schema che prevedeva 1 istillazione settimanale per 6 settimane e richiami settimanali per 3 settimane a 3 - 6 - 12 - 18 - 24 - 36 mesi.

I controlli effettuati nel follow-up prevedevano cistoscopia, esame citologico delle urine ogni 3 mesi ed urografia ogni anno. Follow up medio 26 mesi.

Risultati: A 3 mesi nessun paziente aveva presentato recidive. A 6 mesi hanno recidivato 2 pz con lo stesso stadio e grado . A 9 mesi hanno recidivato 3 pz di cui 1 allo stesso stadio e grado e due con regressione di stadio o grado. 1 pz ha recidivato come TaG1 e ha ripetuto l'induzione con Gemcitabina e non ha avuto recidive a 2 anni. Gli altri due hanno cambiato protocollo e uno ha avuto ulteriore recidiva a 3 mesi. A 12 mesi hanno recidivato 3 pz di cui 1 allo stesso stadio e grado e due con regressione di malattia. A 15 mesi hanno recidivato 4 pazienti a più basso stadio e grado. Dopo 24 mesi hanno recidivato altri 3 pz a più basso stadio e grado. Complessivamente abbiamo avuto 15 pz recidivi e di questi 4 allo stesso stadio e grado e negli altri si è avuto regressione di malattia. 1 pz con cis è andato in pregressione di malattia presentando metastasi polmonari, dopo aver cambiato protocollo con BCG alla seconda recidiva di Cis.

Conclusioni: Il trattamento endovescicale con gemcitabina come terapia adiuvante del TCC superficiale ad alto rischio sembra essere una valida alternativa ad altri farmaci non solo per la sua tollerabilità ma anche per i promettenti risultati in termini di recidiva e progressione di malattia. Potrebbe trovare impiego nel trattamento di pazienti in gravi condizioni cliniche per età o malattie sistemiche. Si auspicano studi prospettici randomizzati per dimostrare la reale efficacia della gemcitabina in termini di progressione e recidiva di malattia e se questa può sostituire con risultati analoghi il BCG che resta attualmente il gold standard per il trattamento dei Tcc ad alto rischio di progressione e recidiva.

Abstract n. 144 Poster

DIMINUZIONE DELLA QUANTITÀ DI ANESTETICO NELLE PROSTATE DI PICCOLE DIMENSIONI IN CORSO DI BIOPSIA PROSTATICA TRANSRETTALE

Cussotto M., Barbero E., Biamino G.,Vergara E., Buffa G.

ASL 19 U.O.A. Urologia Asti - Dir Buffa G.

Introduzione ed Obiettivi: La biopsia prostatica è una procedura di routine con punti consolidati, per entrambe le metodiche d'esecuzione transperineale e transrettale. L'utilizzo dell'anestesia anche nella procedura transrettale (1) ha migliorato in modo radicale il comfort e la qualità (in termini di numero di prelievi e accuratezza) della manovra stessa. La manovra, per entrambe le modalità, è gravata da un numero di complicanze gravi inferiori al 1% (2-3). Nella nostra casistica abbiamo riscontrato una percentuale di crisi vaso-vagali dopo la somministrazione dell'anestesia di circa il 15%, superiori sia alla nostra esperienza precedente l'utilizzo dell'anestesia sia ai dati della letteratura ove è descritta come evenienza rara (4). Nell'intento di diminuire questa percentuale abbiamo provato a rimodellare la quantità di anestetico sul volume prostatico valutando l'efficacia dell'analgesia e la percentuale di crisi vaso-vagali.

Metodi: Sessanta pazienti consecutivi con volume prostatico all'ecografia transrettale </= a 50 grammi eleggibili alla biopsia per alterazione del PSA totale, positività all'esplorazione rettale, rapporto PSA libero/totale <10 con PSA totale oltre 2.5, sono stati suddivisi in due gruppi (omogenei per caratteristiche) e sottoposti a somministrazione periprostatica di 2.5 cc (gruppo A) vs. 5 cc (gruppo B) di Mepivacaina al 2 (%) all'angolo vescicolo-prostato-rettale bilateralmente con ago da spinale da 22 Gauce (G). Successivamente si è praticata la biopsia con almeno 12 prelievi complessivi compresa la zona di transizione con ago tru-cut 18 G. La misurazione del dolore è stata valutata con la scala numerica verbale (VNS), scelta per l'immediatezza e la facile comprensione, ove il paziente indicava un numero da 0 (nessun dolore) a 10 (peggior dolore possibile),

Risultati: Tutte le procedure sono state portate a termine senza eventi avversi, le sequele immediate ed a medio termine post manovra sono state paragonabili in entrambi i gruppi.

Venendo all'oggetto del nostro studio, le crisi vaso-vagali, tutte transitorie di rapida risoluzione, sono state 4 (13.3%) nel gruppo A e 5 (16.6%)nel gruppo B, differenza risultata non significativa, mentre la VNS è risultata in media di 3.5 (range 1-5) nel gruppo A e 3.2 (range 1-4) nel gruppo B.

Conclusioni: Nella valutazione dei risultati esposti non abbiamo riscontrato alcuna differenza significativa nella diminuzione delle crisi vaso-vagali che risultano sovrapponibili nei due gruppi ed in particolare nella nostra serie sempre numericamente maggiori rispetto alla letteratura. Possiamo però affermare, pur considerando l'esiguità della casistica, che l'utilizzo complessivo di 5 cc di mepivacaina anziché 10 non hanno modificato né la tollerabilità che la fattibilità dell'esame per prostate di volume =/< ai 50 gr.

Bibliografia

1. *Nash Pa et al. Transrectal ultrasound guided prostatic nerve blockade eases systemic needle biopsy of the prostate - J Urology vol. 155, 607-609, february 1966*

2. *RAAIJMAKERS R. Complications rates and risk factor of 5802 transrectal ultrasound -guided sextant biopsies of the prostate within a population-based screening program - Urology 60:826-830,2002*

3. Makinen T, Auvinen A, Hakama M et al. Acceptability and complications of prostate biopsy in population-based PSA screening versus routine clinical practice: a prospective, controllated study - Urology 60:846-850, 2002
4. Gruppo Italiano Biopsia Prostatica. Linee guida biopsia prostatica - Archivio Italiano di urologia e Andrologia vol. 77; n 3, settembre 2005 - Supplement 1

Abstract n. 147 Poster

TOMOTERAPIA IPOFRAZIONATA CON BOOST SIMULTANEO INTEGRATO NEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALIZZATO

Di Muzio N.[1], Cozzarini C.[1], Alongi F.[1], Rigoni L.[1], Fiorino C.[2], Broggi S.[2], Calandrino R.[2], Fazio F.[1,3]
[1]Radioterapia Oncologica, Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; 2Dipartimento di Fisica medica, Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; [3]IBFM-CNR, Università Milano-Bicocca

Introduzione e Obiettivi: Recenti studi hanno evidenziato che le caratteristiche radiobiologiche (rapporto a/b)dei tumori prostatici potrebbero giustificare trattamenti radianti caratterizzati da dosi per frazione elevate con riduzione significativa della durata totale del trattamento ottenendo risultati di controllo di malattia paragonabili o addirittura superiori rispetto a quelli convenzionali. Condizione indispensabile è la possibilità di effettuare trattamenti caratterizzati da una elevata precisione geometrica per risparmiare il più possibile gli organi critici circostanti. La Tomoterapia è una apparecchiatura di radioterapia con TC integrata che consente di visualizzare l'anatomia del paziente costantemente durante il trattamento e quindi di monitorare l'erogazione della dose con estrema precisione; inoltre utilizza la tecnica con modulazione di intensità che consente una elevatissima conformazione di dose con riduzione drastica dell'irradiazione dei tessuti circostanti. Scopo di questo studio è valutare la fattibilità di trattamenti moderatamente ipofrazionati in termini di tossicità acuta e tardiva e di controllo di malattia
Metodi: Nello studio sono stati inclusi da febbraio 2005 a maggio 2006 i primi 18 pazienti con carcinoma prostatico clinicamente localizzato non operati e non soggetti a precedenti terapie ormonali o di altra natura. Secondo i criteri classificativi dell'NCCN sono stati inoltre suddivisi in tre classi di rischio. La suddivisione dei tre gruppi corrisponde ad una diversificazione delle dosi per frazione e dosi totali come segue: - vescicole seminali intere a 61.6Gy e 65.5Gy per rischio intermedio e alto -1/3 prossimale vescicole 65.5Gy e 74.2Gy per rischio intermedio e alto -prostata 74.2Gy per rischio intermedio e alto -linfonodi pelvici 51.8Gy solo per rischio intermedio e alto Per il basso rischio la prostata è irradiata con 71.4Gy, 1/3 prossimale delle vescicole 61.6Gy e le vescicole intere 56Gy. Questo approccio consente di erogare una dose equivalente a 2Gy/fraz.fino a 88 Gy in sole 28 frazioni rispetto alle 44 della radioterapia convenzionale.
Risultati: La tossicità acuta espressa secondo la classificazione RTOG è stata nel distretto genito-urinario.G2 in 2/18 pazienti, G1 in 6/18 e G3 in solo 1/18. Considerando la tossicità rettale acuta solo 8/18 hanno manifestato proctite G1 con assenza di pazienti classificabili come G2, G3 .
Relativamente alle possibilità tecniche della tomoterapia è stata registrata una riduzione del 25-30% della dose media al retto.
Conclusioni: I risultati preliminari dello studio in termini di tossicità acuta genito-urinaria e rettale sono incoraggianti e, pur tenendo conto che la quota di pazienti è numericamente non significativa, sembrano migliori di quelli relativi a pazienti trattati con dosi equivalenti ma con frazionamento convenzionale. L'ipofrazionamento effettuato con tomoterapia consente quindi di abbreviare in maniera significativa la durata del trattamento radiante migliorando il comfort del paziente e riducendo i costi indiretti relativi al trattamento stesso.

Abstract n. 148 Video

CARCINOMA DEL PENE: DISASSEMBLY, GLANDULECTOMIA E URETROGLANDULOPLASTICA

Sedigh O., Paradiso M., Varvello F., Liberale F., Graziano M.E., Ferrando U.
SC Urologia 3 Dott. Ferrando Ospedale Molinette, Torino

Introduzione: In caso di tumore di basso stadio e di pazienti di giovane età motivati è possibile evitare interventi mutilanti di semplice amputazzione e proporre una plastica ricostruttiva del glande, con buoni risultati estetici e funzionali. Presentiamo il caso di un paziente HIV positivo di 62 anni affetto da carcinoma ulcerato del glande e linfonodi negativi alla linfoscintigrafia trattato utilizzando la tecnica ricostruttiva.
Materiali e Metodi: Tempi chirurgici:
- incisione sottocoronale classica e isolamento fasce dartoiche
- isolamento del fascio vasculo-nervoso e clampaggio dello stesso
- scollamento del corpo spongioso dell'uretra dalla doccia uretrale per un tratto più lungo possibile, ed isolamento degli apici cavernosi
- sezione e legatura del fascio vasculo-nervoso
- isolamento e preparazione dell'uretra distale per 4-5 cm e sua sezione a 1 cm dall'inserimento nel glande. Invio del moncone distale per esame istologico estemporaneo.
- glandulectomia
- ricostruzione del neoglande con uretra e fissazione della mucosa uretrale agli apici dei corpi cavernosi con filo di sutura Vicryl 4-0, (tension free)
- sigillo dell'uretra precedentemente scollata alla superficie ventrale dei corpi cavernosi
- riconfigurazione del fascio vasculo-nervoso residuo
- sutura tra mucosa uretrale e cute con meato uretrale in posizione lievemente ipospadica
- inserimento di catetere dinamico 16 Ch a difesa dell'uretra
- medicazione con Fitostimoline sulla mucosa uretrale e bendaggio semi-compressivo sull'asta del pene

Conclusioni: I margini di resezione sono risultati indenni e l'esame istologico ha deposto per carcinoma squamoso cheratinizzante del glande moderatamente differenziato pT2 G2 pNx. Il decorso post-operatorio è stato regolare, la mucosa dell'uretra appare trofica e rosea al controllo dopo 10 giorni. Il risultato estetico è soddisfacente dopo un follow up di 4 mesi. Questa tecnica è proponibile a pazienti giovani, con malattia localizzata, che richiedono un buon risultato estetico oltre ad un efficace controllo oncologico.

Abstract n. 149 Poster

TURP TOTALE COME SCELTA DI TRATTAMENTO DI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO

Fenice O.R., Tiraboschi B., Morosini D., Ghilardi M., Gritti A.
Unità Operativa di Urologia Policlinico San Pietro Ponte San Pietro BG Responsabile: dott. Angelo Gritti

Introduzione ed Obiettivi: Negli ormai infiniti dibattiti su che fare quando sia stato diagnosticato un carcinoma prostatico, si va da impostazioni astensionistiche ad altre demolitive. Anche i programmi di screening, diffusamente applicati ancorché non validati in assenza di sintomi, pongono l'interrogativo se, e fino a che punto convenga o sia utile al paziente diagnosticare una malattia, comunque estremamente invalidante anche se poco aggressiva. Tra i criteri di scelta nel trattamento chirurgico, oltre il controllo oncologico della malattia, la continenza urinaria e la funzione sessuale risultano determinanti, sia per l'urologo, ma soprattutto sempre più per il paziente (la compilazione del consenso informato rende sempre più attuale e pregnante il concetto della qualità di vita).

Negli ultimi dieci anni, dapprima timidamente, sapendo di fare una scelta non protocollare, quindi prendendone sempre più consapevolezza, anche sulla scorta degli insegnamenti di Reuter, abbiamo messo a punto una strategia di trattamento radicale endoscopico che si promette di rimuovere il tessuto prostatico sino alla capsula, con esame estemporaneo al criostato del margine di resezione endoscopica, preservando il fascio vascolo nervoso e lo sfintere uretrale striato. La TURP totale, se per anni si è poi avvalsa di una radioterapia complementare, con l'esperienza maturata in oltre 200 pazienti, ha acquisito sempre più ampia dignità clinica, dimostrando da sé, sola, tutto il suo valore.

Metodi: La TURP totale prevede l'asportazione completa di tutto il tessuto prostatico sino alla capsula. La radicalità della resezione endoscopica è confermata dall'esame estemporaneo al criostato, che delibera un'eventuale perforazione mirata in caso di superamento della stessa, peraltro già ipotizzabile dalla lateralità del tumore, desunta all'esame bioptico. Applicando una prospettiva "endoscopica" agli insegnamenti di Walsh viene così conservato almeno un fascio vascolo nervoso. La continenza urinaria, come nel caso della TURP tradizionale, viene assicurata anche in caso di asportazione completa dell'apice con il veru stesso. Non siamo mai stati costretti ad utilizzare il trocar sovrapubico né abbiamo registrato importanti sanguinamenti (utilizzando il recupero ematico esso non ha mai superato i 350 cc). Il catetere viene rimosso tra la 3a e la 4 giornata.

Risultati: I risultati funzionali ottenuti sono soggettivamente ed oggettivamente buoni. I risultati oncologici della procedura sono paragonabili alla chirurgia aperta radicale e documentati dal controllo post operatorio del PSA.

Conclusioni: La TURP totale, nella nostra esperienza aneddotica, risulta una modalità efficace di trattamento del carcinoma prostatico con una morbilità e morbidità senz'altro basse.

Proponiamo questa metodica certamente ai pazienti oltre i 70 anni d'età ed ai pazienti ostruiti; tale approccio costituisce un'opzione terapeutica di trattamento soprattutto per i pazienti motivati alla conservazione della continenza urinaria ed alla preservazione della funzione erettile.

Bibliografia

Mora Durban M e coll: Transurethral resection of prostate cancer: efficacy and morbidity Arch Esp Urol 1995; 48(8):829-35

Mazo EB and coll: Subtotal transurethral prostatectomy in the treatment of patients with prostatic cancer Urologiia 2005 nov-dec (6):6-10

Schellhammer PF and coll: The effect of TURP on prognosis in prostatic carcinoma Int J Radiat Oncol Biol Phys 1987 nov;13(11):1653

Pansadoro V and coll: Transurethral resection of the prostate and metastatic cancer Cancer 1991 nov 1;68(9):1895-8

Mc Clinton S and coll:Blood transfusion and survival following surgery for prostatic carcinoma Br J Surg 1990 feb;77(2):140-2

Trygg G and coll:Operative course of transurethral resection of the prostate and progression of prostate cancer Urol Int 1998;60(3):169-74

Holzwarth F e coll: Transurethral low pressure prostatectomy. Technic, blood loss and water syndrome Z Urol Nephrol 1989 aug;82(8):397-403

Reuter HJ and Reuter M: 20 years of prostate surgery. Reduction in the number of complications through application of a new concept in turp, cryosurgery and surgical procedures Z Urol Nephrol 1980 apr;73(4):279.90

Abstract n. 150 Poster

ATTIVITÀ CHEMIOPROFILATTICA DELLA GEMCITABINA ENDOVESCICALE NEI CARCINOMI VESCICALI SUPERFICALI TA-T1, G1-G2 RECIDIVI DOPO BCG: STUDIO DI FASE II

Casetta G.[1], Tarallo M.[2], Sogni F.[2], Zacchero M.[2], Terrone C.[2], Tizzani A.[1], Gontero P.[2]

[1]Clinica Urologica 1, Università degli Studi di Torino, Torino; [2]Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale, Novara

Obiettivo: I carcinomi vescicali superficiali a rischio intermedio recidivi dopo trattamento con BCG rappresentano un problema clinico non indifferente, per il quale i farmaci endovescicali alternativi sinora proposti non hanno dimostrato una significativa efficacia e per cui la cistectomia radicale risulta essere un overtreatment. L'obiettivo di questo studio è stato di valutare l'attività chemioprofilattica della Gemcitabina nei tumori vescicali superficiali Ta-T1, G1-G2 recidivanti dopo terapia con BCG intravescicale.

Metodi: Lo studio è stato disegnato come un trial multicentrico di fase II ad un braccio con una dimensione del campione di 42 pazienti. È stata testata l'attività chemioprofilattica della Gemcitabina alla concentrazione di 40 mg/ml (2000 mg in 50 ml di soluzione fisiologica) somministrata settimanalmente per 6 settimane e mensilmente per 6 mesi, dopo TUR completa della lesione. L'assenza di recidiva a 12 mesi (risposta completa al trattamento) è stata assunta come end-point primario: in base ai dati della letteratura si è stabilito che l'ottenimento di almeno 23/42 risposte complete potesse rappresentare un livello di attività del farmaco di interesse clinico.

Risultati: Allo stato attuale sono stati arruolati 21 pazienti di cui 17 valutabili relativamente all'end-point di efficacia. Si è osservata una risposta completa (assenza di recidiva) in 9 pazienti (53%). Delle 8 recidive (47%) 2 erano associate a progressione di malattia. Gli effetti collaterali locali e sistemici rilevati sono stati lievi e transitori.

Conclusioni: Il trend di risposte complete sinora ottenuto (9/17) lascia supporre che portando a compimento il trial si possa raggiungere un numero di risposte soddisfacente per poter considerare il farmaco attivo in questo particolare sottotipo di carcinoma vescicale superficiale.

Abstract n. 151 Poster

ADENOMA NEFROGENICO DELLA VESCICA

Fortunato P., Monardo E.1, Savoia G., Schettini M.

S.C. Urologia Ospedale Cristo Re Roma 1S.S.D. Anatomia ed Istologia Patologica Ospedale Cristo Re Roma

Introduzione e Obiettivi: L'adenoma nefrogenico della vescica è una lesione benigna di incerta patogenesi descritta per la prima volta da Kuhlenbeck nel 1950. Alcuni Autori ritengono che sia legato ad un processo di metaplasia in risposta ad una irritazione cronica dell'urotelio. Noi presentiamo un caso di adenoma nefrogenico.

Metodi: Un uomo di 70 anni viene alla nostra osservazione per disuria.In anamnesi era presente un intervento di Turp 5 anni prima ed un secondo intervento di revisione della loggia prostatica per IPB residua 2 anni prima. L'ecografica vescicale mostra una lesione di tipo papillare in corrispondenza del collo vescicale. Tale reperto viene confermato dall'uretrocistoscopia. Viene eseguita, quindi, una TUR della neoformazione.

Risultati: L'esame istologico della neoformazione ha deposto per adenoma nefrogenico della vescica. Il follow-up eseguito con ecografia e cistoscopia ha rivelato una recidiva a distanza di 1 anno trattata sempre con TUR.

Conclusioni: L'eziologia dell'adenoma nefrogenico non è chiara. Alcuni Autori ritengono che sia la conseguenza della persistenza di tessuto embrionale mesonefrico in vescica, ma l'ipotesi oggi più avvalorata è quella della risposta uroteliale ad infezione cronica, calcolosi, trauma o immunosoppressione. Gli aspetti clinici ed endoscopici non sono peculiari potendo simulare una neoplasia vescicale. Soltanto la biopsia della neoformazione od,ancora meglio, la resezione endoscopica e conseguente esame istologico delle chips potrà chiarire il quadro essendo, al contrario,molto caratteristiuco l'aspetto istologico della lesione. Una diagnosi differenziale molto importante da segnalare è con la variante nested type del carcinoma uroteliale, che negli strati superficiali mostra aspetti di benignità. L'ecografia vescicale può essere impiegata efficacemente per il follow-up che deve essere molto attento per l'alto rischio di recidiva e, soprattutto, per la potenziale degenerazione neoplastica dell'urotelio metaplasico.

Bibliografia

1. Zougkas K, Kalafatis M, Kalafatis P Nephrogenic adenoma of the urinary bladder Int Urol Nephrol. 2005; 37(3):477-81

2. Henke AC, Callaghan EJ, Timmerman TG, Hughes JH Nephrogenic adenoma mimicking carcinoma:a potential pitfall in cytodiagnosis. Diagn Cytopathol. 2000 Jan; 22(1):49-51

3. Ducrocq S, Bruniau A, Cordonnier C, Demailly M, Petit J, Saint F. Bladder nephrogenic metaplasia:circumstances of discovery,predisposing factors and clinical course in 7 cases diagnosed between 1988 and 2000 Prog Urol. 2003 Sep; 13(4):613-7

Abstract n. 152 Poster

STENOSI DELL'ANASTOMOSI VESCICOURETRALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA: NOSTRA ESPERIENZA

Gamba P. Marino G. Caputo A. Laudi M.

S.C. Urologia Aso Ordine Mauriziano Torino

Introduzione e Obiettivi: La stenosi della anastomosi vescicouretrale, possibile complicanza della prostatectomia radicale, ha una incidenza compresa tra lo 0.4 e il 30%. Abbiamo analizzato retrospettivamente l'incidenza di tale complicanza nella nostra casistica.

Materiali e Metodi: Dal Gennaio 1997 a Dicembre 2005 su di un totale di 210 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica, in 21 (10%) si è verificata una stenosi dell'anastomosi vescicouretrale. Abbiamo valutàto l'entità della stenosi e l'eventuale ruolo di fattori predisponenti.

Risultati: L'età media dei pazienti era di 63 anni. Nel 33% dei casi (3% del totale delle prostatectomie), si è trattato di stenosi severa con necessità di correzione endoscopica; 3 pazienti (42.8%) erano stati sottoposti in precedenza ad intervento disostruttivo per patologia prostatica benigna. Negli altri 14 casi (6.67%) la stenosi risultava di lieve entità con risoluzione con cicli di dilatazioni uretrali progressive. In 12 pazienti (56.5%) la complicanza si è manifesrata entro il primo mese; in 6 (26%) tra il secondo e il terzo mese; in 3 (23.5%) dopo il terzo mese. L'associazione con radioterapia adiuvante (RT) era presente in 9 pazienti (42.8%); rispettivamente in 5 (35%) di lieve entità, in 4 (56%) di grado severo. Lo stadio patologico ha influito nel determinismo di stenosi severa nel 77.43% si trattava di pazienti con carcinoma prostatico localmente avanzato.

Conclusioni: La percentuale di stenosi della anastomosi vescicouretrale nella nostra casistica risulta in accordo con i dati della letteratura. La RT adiuvante, una pregressa chirurgia disostruttiva e lo stadio patologico sembrano influire significativamente nel determinismo di stenosi severe, mentre la complicanza non sembra essere in rapporto con la tecnica di esecuzione dell'anastomosi.

Bibliografia

Zewergel U. , Lehmann J., Wullich B., Kamradt J., Hack M. , Stockle M. "severe vescicourethral anastomotic strictures after radical prostatectomy Abstract 1193 21 st Annual EAU Congress France, 5-8 April 2006

Abstract n. 153 Comunicazione Selezionata

TOLLERABILITÀ DEL TRATTAMENTO ORMONALE E QUALITÀ DI VITA. STUDIO OSSERVAZIONALE QUABIOS

Bartoletti R.[1], Prezioso D.[2], Guazzoni G.[3], Orestano F.[4], Zattoni F.[5], a nome del gruppo QUABIOS

[1]Clinica Urologica Osp. S.Maria Annunziata, Firenze; [2]Policlinico Federico II, Napoli; [3]Istituto San Raffaele, Milano; [4]Casa di Cura Orestano, Palermo;5 Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia, Udine

Introduzione: Uno studio osservazionale è stato pianificato e condotto dal gruppo QUABIOS per rilevare (in una finestra temporale di 12 mesi) tipo e modalità di somministrazione della ormonoterapia in pazienti affetti da carcinoma della prostata. Vengono in tale sede riportati i dati relativi alla tollerabilità e alla percezione del trattamento (valutazione della qualità di vita - QOL) al momento della visita basale.

Materiali e Metodi: Erano eleggibili per lo studio i pazienti con carcinoma della prostata in corso di trattamento ormonale. Le reazioni avverse alla ormonoterapia (sec. CTC v.2.0, quando applicabili) sono state riportate solo nei pazienti sottoposti a trattamento ormonale da almeno 90 giorni. La QOL è stata valutata mediante questionario EORTC QLQ-C30 v.2.0.

Risultati: Nel periodo febbraio-dicembre 2004 sono stati arruolati 576 pazienti da parte di 33 unità operative di Urologia in Italia. Il 66.1% dei pazienti aveva malattia valutata clinicamente come intracapsulare, il 23.6% aveva malattia extrcapsulare e il 10.3% aveva malattia metastatica. Il PSA mediano alla diagnosi era 13.35 ng/ml. Il 9.6% dei pazienti era stato sottoposto a trattamento ormonale neoadiuvante alla prostatectomia radicale, la quale era stata eseguita nel 34.3% dei pazienti (con modalità retropubica nel 96% degli stessi). Il 31.6% dei pazienti operati aveva una neoplasia limitata alla ghiandola prostatica (pT1-pT2), il 60% erano pT3 e il 8.4% erano pT4. Il 36.7% dei pazienti operati aveva un Gleason Score (GS) minore/uguale a 6, il 37.2% un GS 7, e il 26% un GS 8-9. Il 90.4% dei pazienti aveva eseguito un trattamento ormonale al momento della diagnosi, mentre il 10.8% era stato sottoposto a un trattamento radiante. Al momento dell'arruolamento in studio, l'età mediana dei pazienti era di 73..2 anni, con un tempo mediano dalla diagnosi di 21.7 mesi. Il 13.4% dei pazienti aveva evidenza di progressione di malattia (il 40% di questi dopo 2 o più linee terapeutiche ormonali). Il 71.3% dei pazienti non riferiva alcuna sintomatologia, 11.1% riferiva sintomi prevalentemente irritativi, 11.3% sintomi prevalentemente ostruttivi e 5.7% dolore. All'arruolamento, il 24.6% dei pazienti era in trattamento con antiandrogeno in monoterapia (mono-AA) (52% Bicalutamide e 48% Ciproterone Acetato), il 30% con LHRH-analogo in monoterapia (mono-LHRHa), e il 45.3% con terapia combinata LHRHa/AA (43% Bicalutamide, 46% Ciproterone Acetato, 11% Flutamide). Un'alterazione della funzione sessuale (rispetto al periodo precedente l'ormonoterapia) di grado moderato/grave è stata osservata nel 18.3% dei pazienti sottoposti a mono-AA, nel 48.1% del pazienti sottoposti a mono-LHRHa, e nel 69.9% dei pazienti trattati con LHRHa/AA. Vi era astenia di grado moderato/grave nel 3.5% dei pazienti in mono-AA, nel 14.5% dei pazienti sottoposti a mono-LHRHa, e nel 12.9% dei pazienti sottoposti a LHRHa/AA. Una ginecomastia/mastodinia era presente nel 27.8% dei pazienti in mono-AA, mentre nei pazienti trattati con mono-LHRHa e con LHRHa/AA la stessa era presente nel 13.9% e nel 13.8% dei pazienti, rispettivamente. Riguardo alla percezione del trattamento da parte dei pazienti, la mono-AA è risultata associata a migliore funzionalità fisica, di ruolo, cognitiva, sociale, e con una minore fatigue rispetto alle modalità terapeutiche comprendenti LHRHa.

Abstract n. 154 Poster

LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (IORT) NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALMENTE AVANZATO: NOTE TECNICHE E ANALISI DELLA DISTRIBUZIONE DI DOSE SU BASE ECOGRAFICA

Orecchia R.[1,4], Vavassori A.[1], Jereczek-Fossa B.A.[1,4], Ciocca M.[2], Cambria R.[2], Cattani F.[2], Zerini D.[1], Ivaldi G.[1], Matei D.V.[3], Scardino E.[3], Verwej F.[3], Rocco B.[3], Musi G.[3], Follini M.[3], DeCobelli O.[3]

[1]Divisione Radioterapia; [2]Divisione Fisica Sanitaria; [3]Divisione Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [4]Università degli Studi di Milano

Introduzione e Obiettivi: La IORT è stata recentemente proposta nei pazienti (pz) affetti da carcinoma prostatico a rischio intermedio ed elevato, candidabili ad una prostatectomia radicale. Scopo dello studio è quello di presentare la tecnica adottata nell'uso della IORT e analizzarne la distribuzione di dose.
Metodi: Da giugno 2005 a dicembre 2005 11 pz con carcinoma prostatico localmente avanzato non metastatico sono stati sottoposti a linfoadenectomia pelvica e successiva irradiazione della prostata con adeguato margine, immediatamente seguita da prostatectomia radicale. La probabilità media di malattia organo confinata, calcolata mediante il nomogramma del Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York, è stata del 10%. Lo spessore della prostata e la profondità della parete rettale sono state valutate mediante una ecografia intraoperatoria. L'irradiazione è stata erogata mediante un acceleratore lineare mobile dedicato alloggiato in sala operatoria, utilizzando applicatori di 5-7 cm e fasci di elettroni di 8-10 MeV. La dose somministrata è stata di 12 Gy, prescritta nell'isodose del 90%. Dopo circa 3 mesi i pz in stadio pT3-4 pN0 sono stati sottoposti a radioterapia a fasci esterni a livello della sola loggia prostatica, o dell'intera pelvi nei soli casi pN1,con una dose di 45-50,4 Gy in 25-28 frazioni.
Risultati: All'esame istologico definitivo 1 pz è risultato in stadio pT2pN1, 3 pz in stadio pT3pN0, 3 pz in stadio pT3pN1 e un pz in stadio pT4pN1. Tre pz sono risultati in stadio pT2pN0 e non hanno ricevuto alcun trattamento adiuvante. Lo spessore, la larghezza e la lunghezza media della prostata sono state rispettivamente di 3,4 cm, 4,6 cm e 4,9 cm. La profondità media del retto è risultata pari a 3,3 cm. La dose media calcolata a livello della capsula prostatica posteriore, a 5 mm lateralmente al margine prostatico e al moncone uretrale è stata rispettivamente di 4,6 Gy, 8,7 Gy e 11,3 Gy. La dose rettale massima è stata mediamente di 4,9 Gy. La tolleranza al trattamento radiante postoperatorio è stata buona, con una tossicità intestinale e genitourinaria prevalentemente di grado1 secondo i criteri RTOG (Radiation Therapy Oncology Group).
Conclusioni: La IORT erogata prima della prostatectomia è un approccio fattibile nel trattamento del carcinoma prostatico localmente avanzato e garantisce una copertura dosimetrica soddisfacente della loggia prostatica, con una dose alla parete anteriore del retto relativamente bassa. L'ampia variabilità nella distribuzione di dose legata alla morfologia ghiandolare richiede però lo sviluppo di una adeguata dosimetria in vivo. Indispensabile poi una accurata selezione dei pz sia dal punto di vista clinico che tecnico: idealmente dovrebbero essere sottoposti a tale trattamento i pazienti in stadio pT3pN0, per i quali esistono dati di letteratura sul beneficio della radioterapia adiuvante.

Abstract n. 156 Comunicazione

WEEKLY DOCETAXEL AND EPIRUBICIN IN THE TREATMENT OF ADVANCED HORMONE-REFRACTORY PROSTATE CANCER

Petrioli R[1], Paolelli L[1], Francini E[1], De Rubertis G[2], Barbanti G[2], Pascucci A[2], Sciandivasci A[2], Manganelli A[2], Salvestrini F[3] and Francini G.[1]
[1]Department of Human Pathology and Oncology department, Medical Oncology Section [2]Department of Urology; [3]Clinical Surgery, Urology Section; University of Siena

The aim of the study was to evaluate the efficacy and the safety of a new regimen which combines weekly docetaxel and weekly epirubicin for the treatment of advanced hormone-refractory prostate cancer (HRPC). Docetaxel 30 mg/m^2 and epirubicin 30 mg/m^2 were intravenously administered on a weekly basis, for a maximum of 24 cycles. The therapy was discontinued after the first 12 cycles in the patients who responded or showed stable disease, and resumed as soon as there werew any signs of progression. Twenty-six of the 38 evaluable patients achieved a confirmed > 50% decrease in PSA (68.4%, 95% CI 51.2 to 82.0). The median response duration was 8.8 months (95% C.I. 6.2-11.8), and the median time to progression 7.4 months (95% C.I. 5.6-9.6). Pain was reduced in 24 (72.7%, 95% C.I. 54.2 to 86.7) of the 33 patients who were symptomatic at baseline. Twenty-one patients resumed the therapy after the planned interruption, three of whom showed a PSA response (14,2%) and 12 stable disease (57.1%). The regimen was well tolerated: grade III neutropenia occured in 15.7% of the patients, grade III anemia in 13.1% and grade III thrombocytopenia in 7.8%. The results of this study suggest the feasibility and tolerability of the combination of weekly docetaxel and weekly epirubicin, which leads to a rapid and long-lasting decrease in PSA levels and a palliative response in advanced HRPC patients.

Bibliography

1. Tannock IF, de Wit, R, Berry WR, et al: Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. N Engl J Med 351: 1502-1512, 2004
2. Petrioli R, Pozzessere D, Messinese S, et al: Weekly low-dose docetaxel in hormoneresistant advanced prostate cancer patients previously exposed to chemotherapy. Oncology 64: 300-305, 2003
3. Petrioli R, Fiaschi AI, Pozzessere D, et al: Weekly epirubicin in patients with hormoneresistant prostate cancer. Br J Cancer 87: 720-725, 2002.
4. Pagani O, Sessa C, Nole F, et al: Epidoxorubicin and docetaxel as first-line chemotherapy in patients with advanced breast cancer: a multicentric phase I-II study. Ann Oncol 11: 985-991, 2000
5. Beer TM, Garzotto M, Henner WD, et al: Intermittent chemotherapy in metastatic androgen-independent prostate cancer. Br J Cancer, 89: 968-970, 2003

Abstract n. 157 Comunicazione

INSTILLAZIONE ENDOVESCICALE DI BCG NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA SUPERFICIALE DELLA VESCICA: RUOLO DEI GRANULOCITI

Siracusano S., Vita F.[1], Abbate R.1, Bernabei M., Ciciliato S., Borelli V.[1], Zabucchi G.[1]
Clinica Urologica e [1]Dipartimento di Fisiologia e Patologia, dell'Università degli Studi di Trieste

Introduzione: È noto che il meccanismo d'azione del BCG non è stato ancora completamente identificato. Abbiamo ipotizzato che l'esito positivo della terapia dipenda dal numero delle cellule infiammatorie che attraversano l'urotelio e che queste possano essere monitorate nelle urine. A tale scopo nelle urine abbiamo valutato il numero di cellule uroteliali e lo abbiamo correlato al numero ed alla attivazione dei granulociti neutrofili (PMN).
Materiali e Metodi: Sono stati inclusi nello studio 17 pazienti sottoposti a TURV con quadro istopatologico T1G3. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad immunoterapia endovescicale con BCG Connaught (81 mg/sett x 8 sett.). In tutti i casi è stata raccolta l'urina immediatemante prima e quella immediatamente dopo ciascuna instillazione. I campioni sono stati centrifugati a 300xg per 10 min a 20 C. Sul sopranatante è stata misurata l'attività elastasica come indice di attivazione secretoria dei PMN e il contenuto proteico come indice di aumentata permeabilità endoteliale ed epiteliale. L'adesione dei PMN sulle T24 è stata valutata mediante dosaggio della mieloperossidasi.
Risultati: Lo studio della componente cellulare ha evidenziato la presenza di granulociti neutrofili e di cellule uroteliali. Nei campioni di urina abbiamo dosato un'elevata quantità di proteine non rilevabile nei campioni di controllo mentre l'andamento della comparsa e del numero dei granulociti neutrofili ci ha permesso di distinguere 3 diverse categorie di pazienti:

a) pazienti che rispondono tardivamente alla terapia (i neutrofili non compaiono prima della IV settimana)
b) pazienti con risposta immediata e duratura (i neutrofili compaiono subito e ad ogni trattamento)
c) pazienti che rispondono immediatamente alla terapia, ma questa si spegne per non riprendere più nelle settimane successive (i neutrofili compaiono soltanto nei primi trattamenti). Il contenuto proteico misurato in tutti i pazienti può essere preso come indice del processo infiammatorio in quanto testimonia un'aumentata permeabilità dell'endotelio e dell'urotelio che risulta più intensa verso la fine del trattamento. 4 pazienti su 17 sono andati incontro a recidiva. Uno di questi presentava un ridotto flusso di PMN attraverso l'urotelio, mentre negli altri tre abbiamo potuto riscontrare un elevato numero di granulociti eosinofili (non misurabile in nessun altro paziente).

Gli studi in vitro hanno permesso di rivelare come i granulociti neutrofili, aderendo alle T24 pretrattate con BCG, determinano un danno alle cellule stesse.

Conclusioni: Il flusso di granulociti neutrofili determinerebbe una destabilizzazione dell'urotelio con conseguente danno delle cellule presenti, siano esse normali o tumorali, riducendo la possibilità di recidive.

In particolare nei pazienti con ripresa di malattia possiamo ipotizzare che la presenza di un basso numero di granulociti neutrofili e/o un elevato numero di granulociti eosinofili aumenti il rischio di sviluppare recidiva.

Abstract n. 158 Poster

TUMORE PRIMITIVO NEUROECTODERMICO DELLA PROSTATA: CASE REPORT

Siracusano S., Ciciliato S., Bussani R.[1], Bernabei M., Vattovani V., Belgrano E.

[1]Clinica Urologica e Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Trieste

Introduzione: Il tumore primitivo neuroectodermico della prostata (TNP) è una neoplasia di raro riscontro.

Riportiamo gli aspetti clinici ed istopatologici salienti di un caso di TNP con revisione della Letteratura.

Caso Clinico: M.A.di 59 anni giunge alla nostra attenzione con la diagnosi istologica di adenocarcinoma della prostata (Gleason score 4+5, PSA sierico totale di 0.59 ng/ml, cromogranina A 2.4 ng/ml). Il paziente viene sottoposto ad intervento di prostatectomia radicale retropubica con linfadenectomia contestuale. L'esame istopatologico documentava l'infiltrazione bilobare della ghiandola da elementi cellulari di piccola taglia con coinvolgimento dei margini chirurgici e delle vescicole seminali, infiltrazione del collo vescicale ed evidenza di una metastasi linfonodale otturatoria sinistra.

All'indagine immunoistochimica la neoplasia non esprimeva PSA, miogenina, astina, cromogranina, serotonina, alfa-feto proteina mentre risultava positiva alla vimentina, CK8,18 e al CD99. Il paziente veniva sottoposto a trattamento radioterapico adiuvante (40 Gy) con successivi 3 cicli di polichemioterapia e follow-up oncologico previo l'esecuzione di PET annuale e TC total body a sei mesi dalla PET stessa. A distanza di 2 anni dall'intervento la TC documenta una lesione di 3 cm di diametro al lobo polmonare sinistro per la quale verrà intrapreso nuovo ciclo di chemioterapia.

Discussione: Il TNP è una neoplasia maligna caratterizzata dalla proliferazione di piccole cellule neuroectodermiche indifferenziate. Dalla revisione della letteratura emerge evidente la rarità della patologia e con essa l'assenza di una definita strategia terapeutica. Nei casi pubblicati i pazienti sono stati trattati con una chemioterapia adiuvante, radioterapia ai quali è seguito l'intervento chirurgico di cistoprostatectomia radicale (1, 2). Gli autori decrivono i risultati dello studio istopatologico immunoistochimico e genetico ma non riportano elementi di valutazione del follow-up oncologico. Nel caso qui riportato la diagnosi è stata eseguita previo l'esame istopatologico ed immunoistochimico sul pezzo operatorio ed il follow-up è di 2 anni. Attualmente il paziente non presenta ripresa di malattia locali.

Conclusioni: Il TNP della prostata è un tumore di raro riscontro per il quale poche sono le informazioni relativamente al follow-up, alla strategia terapeutica. L'approccio chirurgico associato a radiochemioterapia adiuvante sembra essere quello maggiormente utilizzato ma non vi sono sufficienti informazioni che possano giustificare l'effettuazione di questo atteggiamento.

Bibliografia

1. J.Urol. 170, Jul 2003 182-3

2. Arch. Pathol. Lab. Med. 2003;127.190-3

Abstract n. 159 Comunicazione

ATTIVAZIONE DELL'ESPRESSIONE DI ELONGATION FACTOR 1A 2 NEI TUMORI PROSTATICI

Siracusano S.[1], Scaggiante B.[2], Bonin S.[3], Cristiano L.[2], Stanta G.[3], Bavero M.[1], Grassi G.[3], Belgrano E.[1]

[1]Clinica Urologica Università di Trieste, [2]Dip. di Biochimica, Biofisica e Chimica delle Macromolecole Università di Trieste; [3]Dip. di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche Università di Trieste

Introduzione ed Obiettivi: Dalla letteratura scientifica emerge la correlazione tra la famiglia di geni EEF1A e la trasformazione neoplastica con particolare riferimento a EEF1A2. Alla famiglia di eEF1A appartiene anche il prostate tumor inducing antigen-1 (PTI-1) che è una forma troncata di eEF1A.

Scopo del lavoro è stato quello di valutare l'espressione di EEF1A1, EEF1A2 e PTI-1 in linee umane di adenocarcinoma prostatico.

Materiali e Metodi: L'espressione di EEF1A2 e PTI-1 è stata analizzata anche in nove campioni paraffinati di adenocarcinoma della prostata e in quattro campioni di iperplasia prostatica benigna Le linee di adenocarcinoma DU-145, PC-3 e LNCaP e la linea umana di prostata normale PZHPV-7 e le linee di controllo negativo di fibroblasti fetali MRC-5 e di controllo positivo di adenocarcinoma del colon LoVo DX sono state coltivate in DMEM 1640 con 10% FCS ed antibiotici. L'RNA totale è stato estratto con la procedura del Trizol per le linee cellulari; per i campioni paraffinati l'RNA è stato estratto con procedure standard da sezioni di 6 mm di tessuti fissati in formalina tagliando dieci sezioni per ogni campione. La determinazione dell'espressione genica è stata effettuata con RT-PCR o Real-Time PCR su campioni trattati con DNasi. Quale housekeeping si è utilizzato l'RNA ribosomiale 28S.

Risultati: Le linee di adenocarcinoma prostatico LNCaP, DU-145 e PC-3 hanno rispettivamente livelli di espressione di EEF1A1 di 25, 22 e 20 volte inferiori rispetto al controllo normale MRC-5. La linea di prostata normale PZHPV-7 mostra livelli di espressione significativi di trascritto EEF1A1 di sole 2,4 volte inferiori a quello delle MRC-5. Al contrario l'espressione di EEF1A2 è significativa in tutte le linee di adenocarcinoma, mentre è assente nelle linee non tumorali sia di MRC-5, che di PZHPV-7.

In particolare, i livelli di trascritto EEF1A2 nelle PZHPV-7, LNCaP, DU-145 e PC-3 sono rispettivamente 7, 844, 401 e 413 volte più alti che nelle MRC-5. In tutte le linee prostatiche e nel controllo negativo MRC-5 il trascritto di PTI-1 non è stato rilevato, mentre, come atteso, positiva è risultata la linea LoVo DX. Nei campioni paraffinati di adenocarcinoma prostatico o di iperplasia prostatica benigna PTI-1 non è stato rilevato. Nei

campioni tumorali è invece presente una significativa espressione di EEF1A2. Al contrario, nessuna espressione di EEF1A2 è stata rilevata negli adenomi.
Conclusioni: I risultati sulle linee tumorali di prostata indicano che l'espressione di EEF1A1 diminuisce sensibilmente e a questo è associata un drastico aumento dell'espressione EEF1A2. PTI-1 non sembra avere alcun ruolo nello sviluppo di tali neoplasie. EEF1A2 appare perciò come un nuovo oncogene emergente nei tumori prostatici. Il significato diagnostico e prognostico dell'espressione di EEF1A2 rimane da determinare su una casistica di campioni umani più ampia.

Abstract n. 160 Comunicazione Selezionata

TUMORI NON-SEMINOMI DEL TESTICOLO IN STADIO CLINICO IIA-IIB: CHIRURGIA, CHEMIOTERAPIA O ENTRAMBE?

Sava T.[1], Fraccon A.P.[1], Merlin F.[1], Pessa S.[2], Nicoletti L.[3], Perin A.[4], Porcaro A.B.[5], Curti P.[6], Ghimenton C.[7], Cetto G.L.[1], Franceschi T.[8]
[1]Oncologia Medica, Verona; [2]Oncologia Medica, Treviso; [3]Oncologia Medica, Vicenza; [4]Oncologia Medica, Thiene; [5]Urologia Ospedale B.go Trento, Verona; [6]Urologia Ospedale B.go Roma, Verona; [7]Anatomia Patologica, Ospedale B.go Trento, Verona; [8]Oncologia Medica, Legnago

Introduzione: I pazienti con tumori germinali non-seminomi del testicolo (NSGCTT) in stadio clinico IIa-IIb (linfoadenopatia retroperitoneale inferiore a 2 o tra 2 e 5 cm) possono essere trattati con linfoadenectomia retroperitoneale (RPLND), RPLND seguita da chemioterapia adiuvante o da chemioterapia seguita dall'eventuale chirurgia se presenza di residuo alla rivalutazione TAC dopo il trattamento sistemico. Il trattamento ottimale è ancora dibattuto.
Pazienti e Metodi: Abbiamo retrospettivamente analizzato 84 pazienti con NSGCTT in stadio clinico IIa (42) e IIb (42) trattati presso i nostri Istituti. L'età mediana era di 28 (17-55) anni. Il carcinoma embrionario era la forma istologica predominante in 65 (77%) pazienti; i markers erano invece elevati nel 65 % dei pazienti. Il trattamento è stato: RPLND in 12 pazienti in stadio clinico IIa (3 sono risultati in stadio I patologico) e in 2 IIb; RPLND e chemioterapia adiuvante (2 o 3 cicli chemioterapici a base di cisplatino) in 15 IIb e 9 IIb; chemioterapia da sola (in genere 3 cicli PEB) in 4 IIa e 13 IIb; chemioterapia seguita dal RPLND per le masse residue in 11 IIa e 18 IIb. Il follow-up mediano è stato di 97 (29-226) mesi.
Risultati: Le recidive si sono avute in 9 pazienti (10%): 7 erano in stadio clinico IIb e 8 avevano predominanza di carcinoma embrionario. Il tempo mediano alla ricaduta è stato di 12 mesi (4-60); 5 pazienti sono ricaduti a livello retroperitoneale. Sei pazienti erano stati trattati inizialmente con la chirurgia e due di questi avevano ricevuta una chemioterapia adiuvante; 3 erano stati inizialmente trattati con la chemioterapia ed uno di questi aveva quindi ricevuto una chirurgia del residuo. Tre pazienti sono ricaduti e nonostante vari approcci sono deceduti per malattia.
Conclusioni: i) Il trattamento iniziale preferenziale è stato la RPLND per i pazienti in stadio clinico IIa e la chemioterapia per i IIb; ii) 11% dei pazienti in stadio clinico IIa era in realtà in stadio I patologico; iii) le recidive sono avvenute, in particolare nei pazienti in stadio clinico IIb (16%) e con predominanza di carcinoma embrionario (12%), a livello retroperitoneale prevalentemente; iv) i pazienti trattati primariamente con la chirurgia sono ricaduti più frequentemente; v) il 96% dei pazienti sono vivi e liberi da malattia a prescindere dal tipo di trattamento: l'istologia, lo stadio clinico, l'expertise del centro e le preferenze del paziente debbono essere i punti fondamentali dell'approccio decisionale.

Abstract n. 161 Poster

LA TURP DISOSTRUTTIVA NEL PAZIENTI CON CARCINOMA PROSTATICO LOCALMENTE AVANZATO PUO' MODIFICARE LA STORIA NATURALE DI QUESTO TUMORE?

Gavazzi A.[1], Cai T.[1], Tinacci G.[2], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Zini E.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]U.O. Anatomia Patologica, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze

Introduzione e Obiettivo: Il mantenimento della qualità di vita (QoL) del paziente con carcinoma prostatico rappresenta oggi uno degli end-points primari nella cura di questo tipo di malattia. Nelle forme prostatiche oncologiche localmente avanzate il mantenimento della QoL dipende soprattutto dal controllo della sintomatologia urinaria. Il ruolo della TURP nel paziente con carcinoma prostatico è dibattuto in letteratura ma alcuni autori sostengono che questa procedura non ha implicazioni sulla prognosi del paziente se i livelli di PSA sono sottocontrollo o gli esami strumentali non mostra segni di progressione clinica. Scopo del presente lavoro è la presentazione di due casi di progressione rapida di malattia dopo TURP in pazienti con PSA indosabile e d esami strumentali negativi.
Casi Clinici: Primo caso: nel 1998 diagnosi di adenocarcinoma prostatico (3+4) e trattamento radio ed ormonoterapico (LHRH analogo). Il PSA pre-radioterapia era 9.6. Dopo il trattamento il PSA si era mantenuta sempre indosabile (<0.001 ng(mL) fino al 2002 quando il PSA arriva a 0.5 ng/mL ed il paziente viene sottoposto a BAT (LHRH + bicalutamide). Il PSA torna indosabile (<0.001 ng(mL). Nel febbraio 2006 il paziente riferisce una ritenzione urinaria acuta e viene sottoposto a cateterismo a permanenza. PSA < 0.001 pg/mL, Cromatogranina A indosabile, esami strumentali negativi. Il paziente viene sottoposto a TURP. L'esame anatomopatologico dimostra: adenocarcinoma prostatico in tutti i frammenti. Il paziente viene sottoposto a trattamento con estramustina fosfato. Dopo 40 gg si rivelano lesioni nodulari a livello dei corpi cavernosi che vengono biopsiate: metastasi peniena da carcinoma prostatico. Il paziente è deceduto dopo un mese. Secondo caso: nel 1994 diagnosi di adenocarcinoma prostatico (3+3) e trattamento ormonale di prima intenzione (LHRH analogo). Il PSA alla diagnosi era 14.7. Dopo il trattamento il PSA si era mantenuto sempre indosabile fino al 2000 quando arriva a 1.3 ng/mL ed il paziente viene sottoposto a trattamento radioterapico e BAT (LHRH + bicalutamide). Il PSA torna indosabile. Nell'ottobre 2005 il paziente riferisce ritenzione urinaria acuta e viene sottoposto a cateterismo. PSA <0.001 pg/mL, Cromatogranina A indosabile, esami strumentali negativi. Il paziente viene sottoposto a TURP. L'esame anatomopatologico dimostra: adenocarcinoma a basso grado di differenziazione su tutti i frammenti. Il paziente, dopo 30 giorni dall'intervento, riferisce riduzione notevole della deambulazione. La scintigrafia ossea mostra zona ipercaptante a livello della cresta iliaca destra. Il paziente rifiuta il trattamento radioterapico a scopo palliativo sulla lesione ossea e decede dopo 40 giorni.
Conclusioni: I casi da noi presentati sottolineano due aspetti importanti nella gestione del paziente con carcinoma prostatico: il ruolo della TURP nella progressione di malattia e la mancanza di marker biochimici attendibili nella valutazione della storia naturale delle forme non secernenti PSA.

Abstract n. 162 Poster

RARO CASO DI RECIDIVA LOCALE PRECOCE IN PAZIENTE SOTTOPOSTO A CISTECTOMIA RADICALE E NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA

Gavazzi A., Cai T., Farina U., Sarti E., Costanzi A., Melone F., Meliani E., Mondaini N., Bartoletti R.
U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione e Obiettivo: Il carcinoma uroteliale della vescica rappresenta oggi il secondo tumore in frequenza tra le neoplasie urologiche nell'uomo, con circa 63.000 nuovi casi/anno registrati negli USA. La recidiva locale pelvica dopo cistectomia radicale è relativamente infrequente (4-18%) e presenta una prognosi infausta. In letteratura, i casi riportati, dimostrano un tempo medio alla recidiva dopo trattamento radicale di circa 10 mesi (range 2-41). Presentiamo un raro caso di recidiva pelvica precoce in un paziente sottoposto a cistectomia radicale e neovescica ileale ortotopica per un carcinoma uroteliale invasivo di alto grado (pT2G3).
Caso Clinico: Uomo di 74 anni, sottoposto nell'Ottobre 2005 a cistoprostatectomia radicale seminal sparing e neovescicale ileale ortotopica, giunge nel Gennaio 2006 alla nostra osservazione riferendo febbre (>38 C), brividi, stipsi associata a tenesmo e episodi di incontinenza urinaria. Gli esami ematochimici mostrano: marcata leucocitosi, iperfibrinogenemia, anemia macrocitica. I parametri di funzionalità renale ed epatica sono nella norma. All'esplorazione rettale si mette in evidenza una voluminosa tumefazione, a consistenza duro lignea e dolente alla palpazione, in stretto contatto con la parete anteriore del retto. Il residuo post-minzionale, valutato mediante cateterismo, risulta di 180 cc. Nel sospetto di una recidiva locale del pregresso tumore vescicale, si sottopone il paziente a biopsia ecoguidata di tale tumefazione. L'analisi istopatologica dimostra che i frammenti ottenuti dalla biopsia sono da riferire a carcinoma a cellule uroteliali ad alto grado. La TC addome e la RMN con bobina endorettale, dimostrano la presenza di una grossolana tumefazione a sede pelvica, localizzata anteriormente al retto, delle dimensioni di 10.8 x 11.4 x 13 cm. Tale massa deforma completamente la neovescica, pur dimostrando un piano di clivaggio netto. Tale formazione sembra non presentare, invece, piani di clivaggio con la parete anteriore del retto, con la parete sinistra del piccolo bacino e con i piani muscoalri perineali. La TC mette, inoltre, in evidenza la presenza di tumefazioni linfonodali a sede preaortocavale e interaorto cavale ed inguinale. La scintigrafia ossea risulta negativa. L'Rx del torace non mostra reperti degni di nota. Il pazientre viene avviato ad un ciclo polichemioterapia gemcitabina + cisplatino a scopo palliativo, data la diffusione sistemica della malattia. Il paziente rifiuta il trattamento radioterapico propostogli.
Conclusioni: La recidiva pelvica dopo cistoprostatectomia radicale e neovescica ileale ortotopica è un evento raro e pochi sono i casi riportati in letteratura. Il nostro caso è peculiare per la precoce comparsa dopo appena 3 mesi dall'intervento e per le notevoli dimensioni raggiunte in un lasso di tempo così breve. Il caso riportato, caratterizzato da metastasi linfonodali a livello addominale alto, pone di nuovo in luce il problema sulla scelta dell'estensione della linfectomia da effettuare in corso di trattamento radicale, nonostante la negatività degli esami strumentali durante la stadiazione.

Abstract n. 163 Poster

PROTEINE DELLA MATRICE EXTRACELLULARE E TUMORI A CELLULE UROTELIALI DELLA VESCICA: RUOLO PROGNOSTICO NELLA VALUTAZIONE A LUNGO TERMINE

Cai T.[1], Nesi G.[2], Dal Canto M.[3], Gavazzi A.[1], Sarti E.[1], Meliani E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Mondaini N.[1], Bartoletti R.[1]

[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [3]Clinica Urologica, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione e Obiettivo: Recenti studi hanno dimostrato che le proteine della matrice extracellulare, deputate ai meccanismi di controllo della crescita cellulare e del mantenimento dell'architettura epiteliale, hanno un ruolo importante nella valutazione dell'outcome dei pazienti oncologici. Tra queste, l'E-caderina (E-CAD), una proteina di adesione espressa esclusivamente dagli epiteli, è stata individuata come un fattore prognostico nella storia naturale dei tumori a cellule uroteliali della vescica. L'assenza completa o livelli ridotti di E-CAD sono stati correlati, infatti, con un'aggressività biologica maggiore e con una più alta probabilità di diffusione a distanza e decesso. Scopo del presente lavoro è valutare il ruolo prognostico dei livelli di E-CAD, valutati sul tumore, nei carcinomi a cellule uroteliali della vescica.
Metodi: 27 pazienti, con diagnosi di neoplasia della vescica sono stati sottoposti a trattamento chirurgico (resezione transuretrale [TUR] o chirurgia "open") presso la stessa Unità di Urologia. Per ogni paziente è stato prelevato un campione di sangue periferico, un campione di urine al risveglio ed un campione di tumore e di mucosa sana lontana dalla neoplasia. I campioni sono stati processati, stoccati e condotti all'analisi molecolare al fine dell'estrazione dell'mRNA del gene codificante per la E-CAD, tramite tecnica Northern Blot. Sui dati è stata condotta un'analisi statistica al fine di correlare i livelli di E-CAD con stadio, grado e con i risultatio del follow-up a 12 anni.
Risultati: L'analisi anatomopatologica ha dimostrato i seguenti risultati: 7 pTaG1, 4 pTaG2, 1 pTaG3, 3 pT1G3, 1 pT2G3, 8 pT3G3, 3 pT4G3. 18 pazienti su 27 (66.6%) hanno mostrato positività al Norther Blot, esprimendo elevati livelli di E-CAD-mRNA. La stratificazione per stadio e grado ha dimostrato che su 18 pazienti che esprimevano E-CAD-mRNA, 11 erano carcinomi uroteliali superficiali mentre 7 erano invasivi. Tra i pazienti che non esprimevano E-CAD-mRNA, 4 superficiali e 5 invasivi. I risultati al follow-up hanno dimostrato: 6 pazienti su 27 (22.2%) vivi e liberi da malattia, 17 (62.8%) deceduti per progressione e 4 deceduti per altra causa (15%). L'analisi statistica ha dimostrato: livelli di E-CAD-mRNA maggiormente espressi nelle forme superficiali rispetto a quelle invasive ($p=0.003$), nessuna correlazione tra sopravvivenza e livelli di E-CAD-mRNA nelle forme superficiali ($p=0.459$). Una correlazione inversa, statisticamente significativa è stata riportata tra i livelli di E-CAD-mRNA e la sopravvivenza nelle forme invasive ($p<0.001$).
Conclusioni: Lo studio ha confermato che l'espressione di mRNA, codificante per l'E-CAD, è un fattore prognostico di rilievo nella valutazione del paziente con carcinoma uroteliale. Questo ruolo è stato dimostrato solo sulle forme invasive, confermando l'ipotesi che l'E-CAD ha un ruolo nella coesione e nel mantenimento dell'architettura cellulare.

Abstract n. 164 Poster

CONFRONTO TRA LE ALTERAZIONI MICROSATELLITI SUL CROMOSOMA 9 AREA P21 ED ESPRESSIONE DELLE PROTEINE DEL CICLO CELLULARE: ANALISI MORFOLOGICA E MOLECOLARE SU 56 TUMORI UROTELIALI DELLA VESCICA

Cai T.[1], Dal Canto M.[2], Nesi G.[3], Girardi LR.[3], Gavazzi A.1, Sarti E.[1], Meliani E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Mondaini N.[1], Bartoletti R.[1]

[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]Clinica Urologica, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [3]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione e Obiettivo: Numerosi studi morfologici e di genetica medica avevano ipotizzato la presenza di un gene oncosoppressore nel braccio corto del cromosoma 9 (Chr 9), la cui delezione fosse alla base di un processo di trasformazione neoplastica. Ulteriori studi hanno correlato la perdita dell'espressione di p16, una proteina del ciclo cellulare, con perdite di eterozigosità (LOH) a livello dell'area p21 Chr 9. La mappatu-

ra dell'intero braccio corto del Chr 9 ha dimostrato la presenza di un gene oncosoppressore (CDKN2A) in questa zona (9p21). Il prodotto di questo gene è stato individuato nella proteina p16 (p16INK4a). Scopo di questo lavoro è valutare la correlazione tra l'espressione di p16 e le alterazioni microsatelliti sulla zona p21 del Chr9.
Metodi: Per ogni paziente è stata condotta, in parallelo alla valutazione anatomopatologica, un'analisi immunistochimica per la valuatzione della p16 ed un'analisi con PCR per la valutazione delle alterazioni sul Chr 9. L'analisi delle sequenze microsatelliti (MS) è stata effettuata tramite PCR condotta su DNA estratto dai leucociti del sangue periferico e dalle cellule del sedimento urinario. I dati ottenuti mediante elettroforesi capillare su ABI Prism 310 (Applied Biosystem), sono stati espressi in unità di fluorescenza che hanno permesso un'analisi su dati quantitativi. L'analisi è stata effettuata sulle alterazioni espresse sulle sequenze microsatelliti D9S162, IFN-a e D9S171 localizzate sul Chr 9. L'immunoistochimica è stata effettuata utilizzando anticorpi monoclinali anti p16 (clone E6H4, diluito 1:25) contenuti nel p16 Research Kit (DAKO A/S, Glostrup, Danimarca). I tumori che esprimevano un livello di p16 inferiore al 10% sono stati considerati come patologici.
Risultati: L'analisi anatomopatologica ha dimostrato i seguenti risultati: 23 pTaG1, 18 pTaG2, 5 pTaG3, 1 pT1G2 e 9 pT1G3. L'espressione della p16 è risultata alterata in 33 pazienti (58.9%) su 56 arruolati. 43 pazienti (76.7%) hanno riportato almeno un'alterazione all'analisi genetica, mentre 13 pazienti sono risultati indenni da alterazioni. L'analisi statistica ha dimostrato una stretta correlazione tra lo stato della p16 e le alterazioni microsatelliti sul cromosoma 9, in particolare, il locus D9S171, sembra il maggiormente coinvolto (p=0.005).
Conclusioni: Il nostro studio dimostra come le alterazioni genetiche localizzate sulla zona p21 del Chr 9 siano fortemente correlate con l'espressione della p16. Questo dato, oltre che confermare alcuni dati della letteratura, dimostra che l'alterazione della funzionalità della proteina p16 è legata ad un meccanismo di delezione a livello cromosomiale, come già dimostrato per la maggior parte dei geni oncosoppressori.

Abstract n. 165 Poster

ANALISI DELL'ESPRESSIONE DELLA P16 NEI TUMORI A CELLULE UROTELIALI DELLA VESCICA: STUDIO DI MORFOLOGICO E CORRELAZIONE CON I PARAMETRI PATOLOGICI

Nesi G.[1], Cai T.[2], Girardi LR.[1], Gavazzi A.[2], Sarti E.[2], Meliani E.[2], Costanzi A.[2], Mondaini N.[2], Farina U.[2], Melone F.[2], Bartoletti R.[2]
[1]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione ed Obiettivi: Molti autori hanno dimostrato che p16 riveste un ruolo di primo piano nella regolazione della crescita cellulare e di conseguenza nel processo di trasformazione neoplastica. La proteina p16INK4a, codificata da un gene oncosoppressore localizzato sull'area p21 del cromosoma 9 (CDKN2A (p16INK4a)/ARF (p14ARF)), infatti, è un regolatore negativo del ciclo cellulare nel pathway G1 (p16, ciclina D, cdk, pRb). In qualità di cdk-inibitore, legandosi specificatamente alla cdk 4-6, inibisce l'attività fosforilante sulla pRb e impedisce il passaggio della cellula nella fase S (sintesi del DNA). La perdita della funzionalità di tale proteina è stata correlata con una prognosi peggiore in vari tipi di tumori solidi, tra cui il carcinoma uroteliale. Scopo del presente lavoro è la valutazione immunoistochimica dell'espressione di p16 nei carcinomi uroteliali, al fine di analizzare le correlazioni di questo marker con lo stadio ed il grado della malattia.
Metodi: Abbiamo studiato tramite tecnica immunoistochimica, il materiale ottenuto da resezione endoscopica di 56 casi di carcinoma uroteliale vescicale, di tipo papillare, non invasivo. L'immunoistochimica è stata effettuata utilizzando anticorpi monoclinali anti p16 (clone E6H4, diluito 1:25) contenuti nel p16 Research Kit (DAKO A/S, Glostrup, Danimarca). Si consideravano patologici quei tumori che esprimevano un livello di p16 inferiore al 10%. Le correlazioni con i fattori prognostici patologici sono state effettutate con il test di Pearson ed il Chiquadro.
Risultati: Tra i 56 pazienti arruolati, 33 (58.9%) hanno presentato un'alterazione dell'espressione della p16, riportando livelli inferiori al 10% di cellule positive all'analisi. La stratificazione per stadio e grado ha seguito l'andamento riportato in Tabella 1.
L'analisi statistica effettuata non mostra nessuna correlazione tra l'espressione della p16 ed i parametri patologici classici, quali stadio (p=0.162) e grado (p=0.051).
Conclusioni: Il nostro studio dimostra, in accordo con i dati della letteratura, che nei tumori uroteliali superficiali, la p16 non ha nessuna correlazione con lo stadio ed il grado. Questo dimostra che i tumori uroteliali classificati come superficiali, pur condividedo lo stesso aspetto morfologico, hanno comunque caratteristiche genetiche e molecolari che li rendono eterogenei. Da qui la necessità, ai fini della scielta dell'approccio terapeutico più appropriato, di nuovi marcatori per la caratterizzazione più specifica delle forme uroteliali.

Tabella 1.

	Stadio		Totale	Grado			Totale
	pTa	pT1		G1	G2	G3	
Stato della p16							
normale	17	6	23	5	10	8	23
alterata	29	4	33	18	9	6	33
Totale	46	10	56	23	19	14	56

Abstract n. 166 Poster

PROTEINE DEL CICLO CELLULARE E CARCINOMI VESCICALI: LORO RUOLO PROGNOSTICO

Cai T.[1], Nesi G.[2], Girardi LR.[1], Gavazzi A.[1], Sarti E.[1], Meliani E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Mondaini N.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione e Obiettivo: Nel carcinoma a cellule uroteliali della vescica i fattori prognostici classici spesso non sono in grado di caratterizzarne la storia naturale ed il comportamento clinico. Molti fattori molecolari sono stati proposti e valutati al fine di apportare dati più accurati nella previsione del loro comportamento biologico. Tra questi, le proteine regolatrici del ciclo cellulare (p16, p53, p14, p15, p21) sembrano ottenere i

migliori risultati in termine di predizione delle rischio di recidiva e progressione. Scopo del presente lavoro è valutare il ruolo prognostico dell'espressione della p16 nella prognosi dei pazienti affetti da tumori superficiali a cellule uroteliali della vescica.
Metodi: Dal Marzo al Maggio 2002, 56 pazienti consecutivi, sottoposti a resezione transuretrale per neoformazione vescicale (TURBT) sono stati arruolati nello studio. Il materiale ottenuto con la TURBT è stato inviato all'analisi anatomopatologica ed immunoistochimica. L'immunoistochimica è stata effettuata utilizzando anticorpi monoclinali anti p16 (clone E6H4, diluito 1:25) contenuti nel p16 Research Kit (DAKO A/S, Glostrup, Danimarca).
I tumori che esprimevano un livello di p16 inferiore al 10% sono stati considerati come patologici. L'analisi anatomopatologica ed immunistochimica è stata effettutata dallo stesso patologo. I dati patologici e di laboratorio sono stati confrontati con i dati ottenuti al follow-up.
Risultati: Dei 56 pazienti arruolati nello studio, 37 (66.0%) erano liberi da malattia e non avevano presentato recidiva ad un follow-up medio di 47.7 mesi, mentre 19 (34.0%) avevano presentato almeno una recidiva. Nessun paziente ha presentato progressione. 23 pazienti (61.1%) presenatavano una normale espressione della p16, mentre 33 (58.9%) presentavano livelli alterati. La correlazione tra l'espressione della p16 e le recidive dimostra che tra i 37 pazienti senza recidive, 22 (59.4%) mostravano una normale espressione dei livelli di p16. La correlazione risulta significativa ($p<0.0001$). Gli stessi risultati sonoi riportati con l'analisi effettuata con le curve di Kaplan-Meier. Inoltre, l'analisi multivariata indica la p16 come fattore prognostico indipendente per la predizione delle recidive ($p=0.003$).
Conclusioni: I nostri dati dimostrano che la p16 è un marker prognostico indipendente nella valutazione del rischio di recidiva nei tumori uroteliali superficiali della vescica.

Abstract n. 167 Poster

LA DEFINIZIONE PATOLOGICA DI CARCINOMA UROTELIALE "NESTED TYPE" DELLA VESCICA HA UN'IMPLICAZIONE NELLA PRATICA CLINICA?

Gavazzi A.[1], Cai T.[1], Tinacci G.[2], Nesi G.[3], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Enzo Z.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]U.O. Anatomia Patologica, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze; [3]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione ed Obiettivo: La più recente classificazione della WHO (2004), dedica un intero capitolo alla trattazione delle varianti del carcinoma uroteliale, enfatizzandone la necessita di una loro corretta identificazione e caratterizzazione. Tra queste varianti viene trattato anche il carcinoma uroteliale "nested type". È una variante rara, a netta prevalenza maschile ed altamente aggressivo. In letteratura viene riportata una sopravvivenza inferiore al 30% a cinque anni dalla diagnosi. La diagnosi istologica non è facile e soprattutto nelle biopsie superficiali può richiedere una diagnosi differenziale con situazioni benigne/iperplastiche come la prominenza di nidi di von Brunn, il papilloma invertito e l'adenoma nefrogenico. La maggior parte degli autori suggerisce un trattamento chirurgico radicale nel caso di diagnosi di carcinoma uroteliale "nested type", indipendentemente dallo stadio. Scopo del presente lavoro è la presentazione della storia clinica di tre casi di carcinoma uroteliale "nested type".
Casi clinici: Dal Gennaio al Luglio 2006, 119 pazienti sono stati sottoposti a resezione endoscopica di neoformazione papillare. Tra questi, 3 pazienti hanno riportato un carcinoma uroteliale di tipo "nested type". La frequenza è stata del 2.5%. La stadiazione patologica era la seguente: 1 pTa e 2 pT1. Tutti i pazienti sono stati sottoposti, in accordo con la letteratura, a second-look endoscopico. Nel caso del pTa, la nuova resezione endoscopica non ha dato evidenza progressione di malattia e non erano presenti atipie da attribuire ad una variante "nested type". Il paziente è stato sottoposto a terapia adiuvante endovescicale con epirubicina, una volta a settimana per 6 settimane. La cistoscopia a 3 mesi è risultata negativa. A 5 mesi di follow-up il paziente è ancora libero da malattia. In un caso di pT1, l'analisi anatomopatologica del materiale al second-look, ha dimostrato la persistenza della variante "nested type" stadiata pT1. Il paziente, ad 2 mesi dalla prima diagnosi, è stato sottoposto a cistectomia radicale ed ureterocutaneostomia. L'analisi istologica sul pezzo operatorio ha dimostrato: carcinoma uroteliale con aspetti nested type (pT1). Gli esami strumentali ad un mese dall'intervento sono risultati negativi. Nell'altro caso di pT1, il second-look endoscopico ha dimostrato la persistenza della lesione uroteliale stadiata pT1 ma indenne da componente "nested type". Il paziente viene sottoposto a terapia adiuvante endovescicale con epirubicina, 1 a settimana per 6 settimane. La cistoscopia a tre mesi era negativa per ripresa di malattia e a 6 mesi il paziente è ancora libero da malattia.
Conclusioni: La casistica da noi presentata, in accordo con la frequenza della letteratura, pone nuovamente l'accento sulle varianti rare del carcinoma uroteliale e sulla mancanza di dati sicuri per lo sviluppo di una standardizzazione del trattamento di queste variabili.

Abstract n. 168 Comunicazione

LA VALUTAZIONE DELLE CITOCHINE URINARIE NEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A RESEZIONE ENDOSCOPICA DI TUMORE VESCICALE PUO' AVERE UN RUOLO PROGNOSTICO?

Cai T.[1], Mazzoli S.[2], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Gavazzi A.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]Centro MTS, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze

Introduzione e Obiettivo: Il carcinoma uroteliale della vescica rappresenta oggi un problema di economia sanitaria importante e la chiave di volta del trattamento di questo tipo di neoplasie sembra indirizzarsi verso la corretta predizione e l'efficace trattamento delle recidive locali. Tra i markers che sono stati proposti come predittori di recidiva, particolare attenzione è stata data dall'analisi delle citochine urinarie. Particolare interesse sembra avere l'analisi dell'interleuchina 8 (IL-8), una citochina pro-infiammatoria che riveste un ruolo principale nella fase pro-angiogenica del tumore. Scopo del presente lavoro è quello di valutare il ruolo prognostico dell'IL-8, IL-6 e IL-10 nella predizione delle recidive di pazienti affetti da carcinoma uroteliale superficiale.
Metodi: Dal Gennaio al Giugno 2005, 30 pazienti consecutivi, sottoposti a resezione endoscopica per neoformazione papillare della vescica primitiva ed a basso rischio di recidiva (classificazione EAU) sono stati arruolati nello studio. Nessun paziente, doveva essere sottoposto a terapia adiuvante endovescicale per non alterare i dati ottenuti dall'analisi sulle interleuchine urinarie.
Di ogni paziente è stato prelevato un campione di urine (100 cc) prima della resezione, dopo 7, 15, 30, 60, 90 giorni. L'analisi delle citochine urinarie è stata condotta in cieco, utilizzando una metodica ELISA (R&D Systems, Minneapolis,

MN, USA). I valori normali sono stati considerati quelli forniti dal produttore e controllati con i dati della letteratura. I dati ottenuti dall'analisi delle citochine urinarie sono stati confrontati con i dati ottenuti al follow-up.
Risultati: L'analisi anatomopatologica ha dimostrato i seguenti risultati: 22 pTaG1, 8 pTaG2. Ad un follow-up medio di 15.3 mesi, 12 pazienti erano liberi da malattia senza aver presentato alcuna recidiva, metre 8 pazienti avevano presentato almeno 1 recidiva. L'analisi delle citochine urinarie ha dimostrato: IL-8 si mantiene a valori dosabili (>31.2 pg/ml) fino a 15 gg dopo l'intervento, mentre l'IL-6 e l'IL-10 persistono dosabili fino a 30 gg dall'intervento.
Tra i pazienti che hanno riportato almeno una recidiva, 7 su 8 presentavano livelli dosabili di IL-8 e IL-10 fino a 60 gg dopo l'intervento. L'analisi statistica dimostra che i pazienti che riportano valori dosabili di IL-8 e IL-10 a 30 gg dopo l'intervento hanno un rischio di presentare una recidiva 5 volte superiore rispetto ai pazienti che non mostrano livelli dosabili di queste interleuchine (HR 5.67 - p =0.003). IL-6 non riporta dati significativi.
Conclusioni: Il nostro studio dimostra che la valutazione dei livelli di IL-8 e IL-10 nei pazienti sottoposti a resezione endoscopica per neoplasia vescicale può essere utilizzata come indice prognostico per lo sviluppo di recidive. Il fatto di aver studiato solo pazienti a basso rischio è risultato necessario per la valutazione dei livelli di citochine urinarie prodotte dall'organismo in risposta al tumore e non falsate dallo stimolo determinato da un eventuale trattamento adiuvante.

Abstract n. 169 Poster

RAPPORTO TRA NUMERO DELLE BIOPSIE POSITIVE ED IL VOLUME PROSTATICO TOTALE: ESISTE UN SUO RUOLO NELLA PREDIZIONE DELLO STADIO PATOLOGICO?

Cai T.[1], Nesi G.[2], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Gavazzi A.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione e Obiettivi: Le metodiche diagnostiche che abbiamo oggi a disposizione per la stadiazione del carcinoma prostatico, presentano evidenti limitazioni soprattutto sull'assegnazione dei pazienti alle classi di rischio. L'impatto sull'efficacia del trattamento è, dunque, consistente. L'utilizzo di nomogrammi che prendono in considerazione diversi parametri tra quelli clinici, di laboratorio e strumentali, ha permesso di incrementare l'accuratezza della fase di stadiazione del tumore prostatico a livelli di circa il 75-85%. Scopo del presente lavoro è valutare se il rapporto (espresso in unità percentuali) tra il numero di biopsie positive ed il volume prostatico totale ha un ruolo nel predire l'estensione locale del tumore (predizione del T patologico).
Metodi: Presso la stessa Unità di Urologia, sono stati selezionati 112 pazienti affetti da adenocarcinoma prostatico e sottoposti a prostatectomia radicale retropubica e linfectomia locoregionale. Di ogni paziente avevamo a disposizione: risultati della biopsia prostatica sistematica con Gleason bioptico e dimensioni della ghiandola prostatica, in termini di diametri trasversale (TT), antero-posteriore (AP), longitudinale (LL) (cm), volume totale (cc). La biospia prostatica è stata effettuata dalla stesso operatore, con un numero di almeno 8 prelievi (apice destro e sinistro, due prelievi porzione mediana sia a destra che a sinistra, base destra e sinistra ed eventuali transizionali). I dati ottenuti dal rapporto tra il numero delle biopsie ed il volume prostatico sono stati confrontati con i dati ottenuti all'analisi anatomopatologica.
Risultati: I dati delle biopsie hanno dimostrato che in media i pazienti avevano 3.1 prelievi positivi su 8 effettuati. Le dimensioni prostatiche medie erano: diametro TT 3.59 cm (SD 1.10), AP 3.08 cm (SD 0.99), LL 4.67 cm (SD 1.12), volume totale 30.87 cc (SD 16.29). Il rapporto medio è risultato 12.8% (range 2-33%). I risultati anatomopatologici hanno dimostrato: 25 pT1c, 42 pT2a, 32 pT2b, 13 pT3. L'analisi statistica effettuata dimostra una correlazione statisticamente significativa tra il rapporto usato e la predizione dello stadio (r=0.68) (p=0.0001).
Conclusioni: Lo studio dimostra come il rapporto tra il numero di biopsie positive ed il volume totale della ghiandola può essere utilizzato nella predizione dell'estensione della malattia. Questo rapporto, dunque, si inserisce all'interno delle metodiche finalizzate a caratterizzare l'estensione della malattia e ad identificare il miglior trattamento per ogni singolo paziente.

Abstract n. 170 Poster

ANALISI DELL'EFFICACIA DELLA GEMCITABINA IN TERAPIA ADIUVANTE ENDOCAVITARIA NEI PAZIENTI BCG-REFRATTARI

Gavazzi A., Cai T., Farina U., Sarti E., Costanzi A., Melone F., Meliani E., Mondaini N., Bartoletti R.
U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione e Obiettivi: Il trattamento con BCG rappresenta ad oggi il golden standard, per la profillassi delle recidive e della progressione del carcinoma a cellule uroteliali della vescica a medio e alto rischio (EAU). I pazienti che hanno effetti collaterali importanti o che, in accordo a quanto detto da Dalbagni, mostrano una recidiva entro 6 mesi dal trattamento con BCG, devono essere identificati come "BCG-refrattari". Gli effetti collaterali locali e sistemici hanno spinto a ricercare nuove molecole, come la Gemcitabina (GEM), che possano essere impiegate nella terapia endocavitaria adiuvante dei carcinomi uroteliali. Scopo del presente lavoro è valutare la tollerabilità e l'efficacia della GEM per via endocavitaria in pazienti, BCG-refrattari, a medio e alto rischio.
Metodi: Dal Marzo 2003 all'Ottobre 2004, sono stati sottoposti a resezione transuretrale di neoformazione vescicale 52 pazienti, BCG-refrattari [34 a rischio intermedio (16 pTaG2, 18 pT1G2) e 18 ad alto rischio (7 pTaG3, 8 pT1G2, 3 pT1G3)]. Dopo 20 giorni dall'intervento i pazienti sono stati sottoposti ad un'instillazione a settimana x 6 settimane di 2000 mg di GEM diluita in 50 cc di soluzione fisiologica e mantenuta in vescica per 1 h. I pazienti sono stati valutati settimanalmente per quanto riguarda i sintomi locali ed alla conclusione del ciclo di trattamento sono stati analizzati i parametri ematochimici per valutare la tossicità sistemica. Dopo un follow-up medio di 18.3 mesi abbiamo valutato l'efficacia del trattamento, in termini di tempo alla prima recidiva, numero delle recidive e progressione.
Risultati: Nessun paziente ha riferito sintomatologia locale tale da dover interrompere il trattamento; l'analisi statistica della tollerabilità non ha messo in evidenza alcuna differenza significativa (p=0.672). 20 pazienti su 52 (38.4%) hanno presentato una recidiva durante il follow-up. Il tempo medio alla prima recidiva è stato di 9.7 mesi.
Un paziente ha presentato progressione di malattia in stadio e grado (da pTaG2 a pT1G3). L'analisi univariata sulle recidive ha dimostrato che i pazienti in stadio pTa hanno avuto una risposta migliore al trattamento, rispetto ai pazienti in stadio pT1 (p=0.003). 32 pazienti su 52 (61.6%) non hanno presentato alcuna recidiva durante il follow-up e sono liberi da malattia a 17.2 mesi. Dei pazienti liberi da malattia 21 erano classificati a rischio intermedio e 11 ad alto rischio.

Conclusioni: Lo studio dimostra la sicura maneggevolezza della GEM somministrata per via endocavitaria e conferma il suo ottimo profilo farmacocinetico, caratterizzato da minimi effetti collaterali. Nei pazienti che hanno dovuto sospendere il trattamento con BCG, l'utilizzo della GEM si presenta come una valida alternativa anche in termini di efficacia, consentendo il controllo di malattia nel 61.6% dei casi trattati.

Abstract n. 171 Comunicazione

ANALISI MATEMATICHE COMPLESSE NELLA PREDIZIONE DELLE RECIDIVE NEI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA UROTELIALE: PROGETTAZIONE DI UNA RETE NEURALE AD IMPIEGO CLINICO

Cai T.[1], Conti G.[2], Nesi G.[3], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Gavazzi A.[1], Bartoletti R.[1]

[1]*U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze;* [2]*Dipartimento di Ingegneria Informatica, Università degli Studi di Firenze, Firenze;* [3]*Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze*

Introduzione e Obiettivi: Il carcinoma a cellule uroteliali della vescica rappresenta oggi un problema sanitario emergente non solo per aumento dell'incidenza ma anche per l'aumento del numero dei pazienti che sviluppano una malattia recidivante. I fattori prognostici classici non sono in grado di predire con accuratezza il rischio di recidiva o progressione. Lo sviluppo di nuovi marcatori biochimici e di biologia molecolare sembrano aumentare questa accuratezza ma il loro impiego è limitato a pochi centri specializzati. Recentemente, sono stati proposti per l'uso clinico, algoritmi matematici complessi che possano essere utilizzate a supporto della predizione dell'outcome dei pazienti oncologici. Scopo del presente lavoro è di valutare l'accuratezza di una rete neurale, da noi progettata e validata, nella predizione delle recidive delle forme superficiali ad alto grado della vescica (pTaG3).
Metodi: Sono stati raccolti i dati anagrafici, anamnestici e clinici di 143 pazienti consecutivi (116 maschi e 27 femmine; età media, 67.8), sottoposti a resezione transuretrale presso la stessa Unità di Urologia, dal Novembre 1995 al Dicembre 1996, e con diagnosi istologica di carcinoma vescicale pTaG3. I pazienti con tumori dell'alta via escretrice o con altre patologie urologiche associate, sono stati esclusi dallo studio. Per ogni paziente sono stati raccolti i dati relativi al follow-up a 6, 9 e 12 mesi dall'intervento ed alla fine del follow-up (medio 98 mesi). I dati sono stati analizzati con metodiche statistiche classiche, analisi univariata, multivariata, regressione lineare e curve di sopravvivenza. La rete neurale è stata progettata con NeuralWorks Predict®. I dati attesi ottenuti dalla rete sono stati paragonati con i dati reali alla fine del follow-up.
Risultati: Ad un follow-up di 6 e 9 mesi, rispettivamente 110 (76.9%) e 80 (55.9%) pazienti erano liberi da malattia senza aver riportato nessuna recidiva. A 12 mesi di follow-up i pazienti liberi da malattia erano 55 (38.4%) mentre 86 (60.1%) avevano riportato almeno una recidiva. Due pazienti sono deceduti per cause non correlate al tumore. Tra i pazienti con recidiva, 3 hanno presentato progressione di malattia (pT1G3). Ad un follow-up medio di 98 mesi, 122 erano ancora vivi e di questi, soltanto 2 non avevano mai presentato recidiva. 12 pazienti sono deceduti per progressione di malattia e 9 per altra causa. La rete neurale ha dimostrato una predizione della recidiva ad un anno dal trattamento con un'accuratezza dell'83.63% e valori di sensibilità e specificità dell'81.6% e del 95.8% (Area Curva ROC 0.81).
Conclusioni: Il nostro studio dimostra come l'applicazione dei modelli matematici complessi alla pratica clinica urologica può rappresentare un approccio innovativo ed utile nella predizione della storia naturale della malattia e della programmazione di un più corretto piano di follow-up.

Abstract n. 172 Poster

STUDIO MULTICENTRICO DI FASE II DELLA COMBINAZIONE GEMCITABINA-OXALIPLATINO (GEMOX) NEI PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE GERMINALE REFRATTARIO AL CISPLATINO

De Giorgi U.[1], Rosti G.[2], Aieta M.[3], Testore F.[4], Burattini L.[5], Fornarini G.[6], Naglieri E.[7], Lo Re G.[8], Zumaglini F.[2], Marangolo M.[2]

[1]*Oncologia Medica, Centro Oncologico Ospedale "V. Fazzi", Lecce;* [2]*Istituto Oncologico Romagnolo - Dipartimento di Oncologia ed Ematologia, Ospedale Santa Maria delle Croci, Ravenna;* [3]*Dipartimento di Oncologia ed Ematologia, Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (Foggia);* [4]*Dipartimento di Oncologia Medica, Ospedali Riuniti, Asti;* [5]*Dipartimento di Oncologia, Ospedali Riuniti Umberto I - Lancisi - Salesi, Ancona;* [6]*Dipartimento di Oncologia Medica, Ospedale San Martino, Genova;* [7]*Dipartimento di Oncologia Medica e Sperimentale, Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari;* [8]*Dipartimento di Oncologia, Ospedale Santa Maria degli Angeli, Pordenone*

I tumori germinali cisplatino-refrattari rappresentano un sottogruppo di neoplasie germinali con cattiva prognosi. I comuni trattamenti chemioterapici inducono risposte obiettive nel 10-20% di questi pazienti con rari casi di remissioni complete durature. In questo studio multicentrico abbiamo valutato l'attività e tollerabilità di un regime chemioterapico con gemcitabina e oxaliplatino (GEMOX). Il trattamento è consistito in oxaliplatino 130 mg/m^2 giorno 1 e gemcitabina 1250 mg/m^2, giorni 1 e 8, ogni 3 settimane. Dal Maggio 2002 al Giugno 2005, 18 pazienti sono stati arruolati e sono stati considerati valutabili per risposta obiettiva e tossicità. La sede primitiva della neoplasia è stata il testicolo in 12 casi, il retroperitoneo in 4 e il mediastino 2. Sette pazienti (39%) erano classificabili come cisplatino-refrattari, mentre 11 (61%) come assolutamente refrattari. I pazienti hanno ricevuto una mediana di 3 cicli di GEMOX (range, 1-6). Non sono state riportati decessi dovuti al trattamento e nessun paziente ha terminato precocemente il trattamento a causa di tossicità. Riduzioni di dose dei farmaci e ritardi nel riciclo sono stati riportati in 5 casi, principalmente a causa di tossicità ematologica grado 3-4. Un paziente ha ottenuto una remissione clinica completa. Un altro paziente ha ottenuto una risposta parziale con marker negativi con asportazione completa delle masse residue con evidenza di teratoma maturo e necrosi. In un ulteriore caso, si è avuta una remissione parziale con marker positivi con asportazione chirurgica delle masse residue che ha evidenziato la persistenza di cellule tumorale vitali nel 30% del residuo. Questi tre casi risultavano caratterizzati da primitività testicolare e da carcinoma embrionario quale istologia prevalente. Negli altri pazienti sono state riportate 3 stabilità di malattia e 12 progressioni. I tre pazienti con risposta obiettiva sono attualmente liberi da malattia ad un follow-up di rispettivamente 44+, 20+, e 18+ mesi. La combinazione chemioterapica GEMOX risulta essere attiva e ben tollerata nei pazienti con tumore germinale di origine testicolare.

Abstract n. 173 Poster

PRELIMINARY OBSERVATION ON BIOCHEMICAL RELAPSE AND TOXICITY AFTER

Corallo A.[1], Mortellaro G.[2], Barone V.[1], Ferrera G.[2], Pedalino A.[1], Montemaggi P.[2],

[1]*Maria Paternò Arezzo in Ragusa,* [2]*Murizio Ascoli Hospital in Palermo*

Aim: Many prospective randomized trials have demonstrated that low radiation therapy doses are inadequate for curative treatment in patients with non metastatic prostate cancer. The aim of the present study was to evaluate the outcome of patients treated with 3DCRT at high dose ≥ 74 Gy.

Method: From January 2001 to May 2004, 45 patients median age 73 (range 64-80) underwent radiation therapy treatment, for non metastatic prostate cancer, at Murizio Ascoli Hospital in Palermo and Maria Paternò Arezzo in Ragusa, with a median dose of 74 Gy (range 74-76 Gy). In patients with low risk disease (stage ≤ T2a, PSA ≤ 10, GS ≤ 6) the planning target volume (PTV) includes only the prostate. In those with Intermediate (T2b-c, PSA 10-20, and GS 7) or High risk disease (PSA ≥ 20 or GS>7 or ≥ T3) the PTV includes the seminal vesicles for the first phase of the treatment to 60-66 Gy. Moreover these patients underwent to neoadiuvant and adiuvant hormone therapy according to the institution guidelines. No rectal blok was used for any part of the treatment.
Results: With a follow up of at least two years and with a median of 30 months (range 24-68), 23 % of patients had biochemical recurrence, according to the Houston criteria (a rise of at least 2 ng/ml greater than nadir), and 5.7% of patients showed distant metastasis. Non relevant side acute complications were observed and all the patients concluded the treatment without interruption. Late toxicities scored, according to the Soma Lent scale, were more pronounced for the genitourinary system with 22% of patients experienced grade 1-2 side effects. Nor grade ≥ 3 genitourinary side effects were registered nor grade ≥ 2 gastrointestinal late toxicities were recorded.
Conclusion: With 3DCRT high radiation doses can be safely delivered with improved biochemical control of disease. It is a safe and valid therapeutic option for non metastatic prostate cancer. There are still uncertainties about the way to escalate the dose even more and regarding the length and the integration of the hormonal therapy with irradiation treatment particularly in sexually active, young patients included in the intermediate and high risk category. In these patients in fact, radiotherapy treatment, reaching very high doses, through IMRT or brachytherapy boost, could make androgen deprivation unnecessary, thus improving their quality of life.

Abstract n. 174 Comunicazione
STUDIO RANDOMIZZATO SUL RUOLO DEL MANTENIMENTO NELLA CHEMIOPROFILASSI ENDOVESCICALE PRECOCE DOPO TUR CON EPIRUBICINA

Serretta V.[1], Altieri V.[2], Morgia G.[3], Allegro R.[4], Capra M.[1], Zito A.[5], Di Lallo A.[6], Annese P.[7], Sblendorio D.[8], Gallo A.[9], Cindolo L.[10], Ruggiero G.[11], Simone N.S.[12], Selvaggi F.P.[13], Battaglia M.[13], Vaccarella G.[14], Armenio A.[15], Lo Presti D.[16], Nicolosi D.[17], Melloni D.[1], i membri della Fondazione GSTU
[1]Ist Urol-Università di Palermo; [2]Ist Urol-Università di Napoli; [3]Ist Urol-Università di Sassari; [4]Ufficio di statistica del GSTU; [5]Osp Civ-Div Urol,Torre del Greco (NA); [6]Osp Civ-Div Urol, Campobasso; [7]Osp Civ-Div Urol, Matera; [8]Osp Civ-Div Urol, Carbonara (BA); [9]Istituto Tumori "Fondazione Pascale", Napoli; [10]Osp Civ Rummo - Div Urol, Benevento; [11]GEPOS-Div Urol, Telese Terme (BN); [12]Osp Civ Maddaloni-Div Urol, Maddaloni (CE); [13]Ist Urol-Università di Bari; [14]Osp Civ Cervello - Div Urol, Palermo; [15]Clinica Candela - Div Urol, Palermo; [16]Osp Civ-Div Urol, Palermo; [17]Osp Civ Garibaldi-Div Urol, Catania

Introduzione ed Obiettivi: La chemioprofilassi endovescicale precoce dopo TUR è indicata dalle linee guida dell'EAU in tutti i pazienti affetti da uroteliomi vescicali superficiali. La somministrazione endovescicale precoce di un agente chemioterapico può però incrementarne in maniera rilevante la tossicità sia topica che sistemica.
Ancora dubbio rimane in questi pazienti il ruolo del regime di mantenimento. Presentiamo i risultati di uno studio randomizzato multicentrico teso a valutare il ruolo del mantenimento in uno schema di chemioprofilassi endovescicale precoce.
Metodi: Sono stati randomizzati 577 pazienti affetti da carcinoma vescicale superficiale a medio rischio di recidiva. I pazienti sono stati sottoposti a TUR e chemioterapia endovescicale precoce con epirubicina (80mg/50ml) entro 6 ore dalla TUR e quindi randomizzati in due bracci:
A. induzione a ritmo settimanale per ulteriori 5 cicli;
B. induzione più mantenimento a ritmo mensile per complessivi 12 mesi. I pazienti sono stati mantenuti in follow-up con citologia e cistoscopia a ritmo trimestrale per 2 anni e poi semestrale.

Risultati: Risultano ad oggi valutabili 390 pazienti per efficacia. Ad un follow-up mediano pari a 13 mesi, hanno recidivato 39 (20.5%) pazienti del braccio A e 26 (13%) del braccio B. Emerge una differenza statisticamente significativa, in termini di tempo libero, da recidiva a favore del mantenimento (p=0.017). Malgrado la recidiva a 3, 6, 9, 12 mesi (p≤0.05), risulti correlata con lo schema di terapia, il numero di eventi non consente ancora di rilevare una differenza statisticamente significativa in termini di tasso di recidiva.
Sono valutabili per tossicità 485 pazienti. Si è registrato un evento avverso severo (0.21%). Due pazienti (0.44%) non hanno eseguito per cistite chimica la seconda instillazione. Trentanove pazienti (8%) hanno definitivamente sospeso il trattamento per tossicità topica insorta in corso di induzione (6.6%) o di mantenimento (4.4%). Non emerge alcuna differenza statisticamente significativa per tossicità tra i due schemi terapeutici (p=0.235).
Conclusioni: Preliminarmente, emerge un vantaggio a favore del mantenimento nei confronti della sola induzione in termini di tempo libero da recidiva.
La chemioprofilassi endovescicale precoce con epirubicina ad alta dose è risultata ben tollerata.

Abstract n. 175 Poster
L'ASSOCIAZIONE CURCUMIN - GCP NEL CARCINOMA PROSTATICO METASTATICO ORMONOREFRATTARIO: ESPERIENZA PRELIMINARE

Gavazzi M., Di Loro F., Biscioni S., Benelli R.
UO Urologia - Prato

Introduzione: Il carcinoma prostatico (CaP) metastatico si caratterizza per la progressione della malattia dopo blocco androgenico massimale. In fase iniziale di progressione, caratterizzata dall'incremento dei parametri bioumorali (PSA, FAL, etc) e dalla comparsa di manifestazioni cliniche (sintomatologia dolorosa, etc), il primo provvedimento terapeutico consiste nella soppressione del farmaco antiandrogeno a cui può far seguito una caduta del PSA nel 25% dei casi ma anche un miglioramento della sintomatologia ed una risposta oggettiva. Tale fenomeno noto come "Antiandrogen Withdrawal Sindrome" ha tuttavia una durata limitata stimata in circa 3-4 mesi ed è attribuito alla mutazione dei recettori androgenici. Nella seconda linea di trattamento vengono utilizzate diverse opzioni quali: Estramustina fosfato, Docetaxel, idrocortisone, etc. Alcuni di questi provvedimenti tuttavia non possono essere attuati per l'età avanzata o le scadenti condizioni generali dei pazienti. Le recenti acquisizioni di risultati favorevoli ottenuti in neoplasie in fase avanzata con l'utilizzo di composti quali la Genisteina ed il Curcumin (estratto dalle radici della Curcuma longa) ci ha indotto all'impiego degli stessi in un limitato numero di pazienti con carcinoma prostatico in fase avanzata divenuti ormonoresistenti.
Materiale e Metodi: Dall'inizio del 2006 abbiamo sottoposto a trattamento con GCP (Genistein Combined Polysaccharide) e Curcumin per os 5 pazienti di età compresa fra 68 e 86 anni (1 caso=68a; 2=75a;1=80a;1=86a) affetti da carcinoma prostatico indifferenziato in fase metastatica ed in progressione dopo

trattamento con analoghi LH-RH ed antiandrogeni. A tale scopo abbiamo utilizzato GCP in formulazione commerciale alla posologia di 8 cp al dì in dosi refratte e Curcumin in preparazione magistrale (Curcumina E.S. 95% in curcuminoidi 850 mg a capsula) alla dose di 5 gr (4 casi) e 10 gr (1 caso) al dì in dosi refratte con buona tollerabilità e nessun effetto secondario a carico dell'apparato digerente, né alterazioni degli esami di funz. epatica. I pazienti trattati sono vivi e di essi 3 sono autonomi e 2 parzialmente autonomi. Il follow-up varia da 1 a 6 mesi. In tutti i casi si è avuta una risposta favorevole con abbattimento del PSA e miglioramento del quadro generale. L'unico paziente, trattato con 8 cp di GCP e 10 gr di Curcumin ha presentato una risposta a dir poco eccezionale. Ricoverato con sintomatologia dolorosa generalizzata, quadro di anemia di grado marcato e piastrinopenia ha avuto un abbattimento significativo del PSA (10556 all'ingresso, 7150 dopo 7 gg di trattamento, 5567 dopo 10 gg, 4639 dopo 12 gg, 3085 dopo 17 gg.) ed un miglioramento degli altri parametri ematochimici.
Discussione e Conclusioni: Il Curcumin, la cui molecola è stata identificata circa un secolo fa, solo alla fine del '900 e gli inizi del 2000 è divenuto oggetto di numerosi lavori, fra cui quelli di Bharat Aggarwal (Houston-USA), che evidenziano le azioni del composto espresse dalla modulazione di numerosi target molecolari che includono: fattori di trascrizione (NF- B, AP-1, Egr-1, ß-catenin, e PPAR), enzimi (COX2, 5-LOX, iNOS, e emossigenasi-1), proteine (ciclina D1 and p21), citochine (TNF, IL-1, IL-6, e chemochine), recettori (EGFR e HER2), molecole di adesione della superficie cellulare.
Il Curcumin è attualmente studiato come agente chemopreventivo ma anche per il trattamento di numerose neoplasie in fase avanzata quali: il carcinoma della mammella, del colon, del pancreas, etc alle dosi di 8 gr al dì per via orale con buona tolleranza e effetti collaterali pressoché assenti (Aggarwal, 2005).
Il GCP è un composto ottenuto dalla fermentazione di isoflavoni estratti dalla Soia combinati con Basidiomiceti (Ganoderma lucidum). Ha azione antiangiogenetica e determina apoptosi. Inibisce la crescita di linee cellulari umane di CaP androgenodipendenti e indipendenti. Anche per il GCP la disamina della letteratura dimostra risposte cliniche, istopatologiche, umorali (PSA) favorevoli nel CaP indifferenziato e la buona tollerabilità.
Dai dati della letteratura si evince come GCP e Curcumin agiscono in modo sinergico (Benelli e Gavazzi, 2006) ed in particolare modo inibiscono NF-kB. È per questo motivo che abbiamo sperimentato questa associazione nel CaP avanzato divenuto ormonoreistente. I dati preliminari in nostro possesso ci convincono a continuare la ricerca.

Abstract n. 176 Poster

ANALISI DELLA STORIA NATURALE DEI TUMORI UROTELIALI SUPERFICIALI PER MEZZO DI RETI NEURALI AVANZATE: RUOLO DEI FATTORI PROGNOSTICI CLINICI

Cai T.[1], Conti G.[2], Lorenzini M.[3], Nesi G.[4], Sarti E.[1], Farina U.[1], Costanzi A.[1], Melone F.[1], Meliani E.[1], Mondaini N.[1], Gavazzi A.[1], Bartoletti R.[1]
[1]U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [2]Dipartimento di Ingegneria Informatica, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [3]Dipartimento di Fisica, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [4]Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione e Obiettivo: L'obiettivo principale del trattamento delle forme oncologiche superficiali della vescica è rappresentato oggi, oltre che dalla sopravvivenza, anche dalla preservazione della qualità di vita. Lo sviluppo di nuovi marcatori e fattori prognostici molecolari ha permesso negli anni di caratterizzare meglio la storia naturale di questi tumori e di predire, con più accuratezza, il rischio di recidiva e progressione. Molti parametri clinici sono stati individuati come fattori prognostici indipendenti nella valutazione delle recidive ma i dati che abbiamo in letteratura non sono, però, univoci. Scopo di questo lavoro è la valutazione, tramite algoritmi matematici complessi, dell'impatto che ogni singolo fattore prognostico analizzato ha sulla predizione della recidiva e della prognosi.
Metodi: Sono stati raccolti i dati anagrafici, anamnestici e clinici di 143 pazienti consecutivi (116 maschi e 27 femmine; età media, 67.8), sottoposti a resezione transuretrale presso la stessa Unità di Urologia, dal Novembre 1995 al Dicembre 1996, e con diagnosi istologica di carcinoma vescicale pTaG3. I pazienti con tumori dell'alta via escretrice o con altre patologie urologiche associate, sono stati esclusi dallo studio. Per ogni paziente sono stati raccolti i dati relativi al follow-up a 6, 9 e 12 mesi dall'intervento ed alla fine del follow-up (medio 98 mesi). I dati sono stati analizzati con metodiche statistiche classiche, analisi univariata, multivariata. La rete neurale è stata progettata con NeuralWorks Predict®. I parametri clinici inseriti nell'analisi sono stati i seguenti: sesso, età, presentazione del tumore, numero delle recidive/anno, precedente terapia adiuvante, risposta alla precedente terapia, numero e dimensioni delle lesioni, presenza di Cis associato, presenza di tessuto flogistico associato al tumore. I pazienti sono stati arruolati con la stessa stadiazione patologica per poter analizzare i singoli parametri prognostici indipendentemente dallo stadio e dal grado.
Risultati: L'analisi statistica classica multivariata ha selezionato come fattori prognostici indipendenti per la valutazione del rischio di recidiva i seguenti parametri: numero delle lesioni (p= 0.008), numero delle recidive/anno (p= 0.003) e presenza di tessuto flogistico associato al tumore (p= 0.042). L'analisi effettuata con la rete neurale, inoltre, ha identificato come fattore pronostico indipendente per la recidiva anche la risposta alla precedente terapia endocavitaria.
Conclusioni: Il nostro studio sottolinea, in parte confermando i dati della letteratura, che tra i tumori superficiali della vescica non invasivi e ad alto grado, è possibile identificare un sottogruppo ad alto rischio di recidiva: pazienti con tumore multifocale, con >2 recidive anno e senza tessuto flogistico associato al tumore. Lo studio mette, per questo, in evidenza il ruolo prognostico della presenza di tessuto infiammatorio associato al tumore, la cui valutazione viene proposta come parametro da tener presente nell'analisi anatomopatologica di questo tipo di neoplasie.

Abstract n. 177 Poster

ACUTE COMPLICATIONS AFTER RADIOTHERAPY FOR PROSTATE CANCER WITH ESCALATING DOSES FROM 70 TO 78 GY

Tumminello E.[1], La Paglia L.[1], Evangelista G.[2], Cucchiara T.[2], Ferrera G.[2], Bono M.[2], Montemaggi P.[2]
[1]Scuola di Specializzazione in Radioterapia - Istituto di Radiologia - Policlinico Università di Palermo; [2]U.O. Radioterapia M. Ascoli - ARNAS - Palermo

Aim: there are evidences confirming a dose-response relationship in prostate cancer. Escalation of dose using conventional techniques is however limited by rectal tolerance. IMRT and 3D-CRT have been thought as means to allow dose escalation while not exceeding rectal tolerance.
In this study we did compare acute gastrointestinal (GI) and genitourinary (GU) side effects according to RTOG scale in prostate cancer patients when escalating doses from 70 to 78 Gy in 3D-CRT setting.

Materials and Methods: Between January 2003 and December 2004, 75 pts with localized adenocarcinoma of the prostate were treated with 3D-Conformal Radiotherapy in our institution.
In order to analyze acute toxicity we compare 2 groups of pts. The first one (group A) included 35 pts who received 70 Gy (range 66-74Gy), the second one (group B) included 40 pts who received 78 Gy.
The median age was 70 years (range 64-78) in group A, 68 years (range 62-74) in group B. Performance status (PS) according to Karnofsky score was 0-1 in all pts. Pts with coexistent GI morbidities, such as diverticolosis were excluded from the study. All pts underwent neoadjuvant hormono-therapy for 3-6 month: in the group A 6 pts received TAB (LH-Rh + bicalutamide 50 mg\die) and 29 pts received bicalutamide (150 mg\die) only; in the group B 9 pts received TAB and 31 pts received bicalutamide only. In order to reduce acute toxicity, group B pts were instructed to urinate and then drink 1\2 litre of water about 30 minutes before CT scan as well as before every treatment fraction. All patients were scanned in treatment position (supine) with a slice thickness of 5 mm, and were treated with three dimensional conformal therapy using multileaf collimator.
The clinical target volume consisted of the prostate with or without the seminal vesicles (SV) depending of the estimate risk of the SV invasion. The margin for PTV expansion was 0.8 mm all around the prostate. Dose constraint for the rectum stipulated that the percentage of rectum receiving 55 Gy, 60 Gy and 74 Gy should not exceed 100 %, 70 % and 20 % respectively. The technique used consisted of 5 fields arranged as an anterior and two anterior oblique and two posterior oblique wedged fields. All pts were treated with 15 MV linac in a conventional fractionation scheme.
Results: All patients were evaluated once a week during radiotherapy. Gastrointestinal and genitourinary symptoms were graded according to RTOG score system for the acute radiation morbidity.
The incidence of G1 and GU scores gradually increased during treatment and in generally the symptoms reached the top in the third or fourth week of therapy. The incidence of acute GI toxicity in the pts received 70 Gy was recorded as G0 in 14 pts (40%), G1 in 15 pts (42,86%), G2 in 6 pts (17,14%). GI toxicity in the pts receiving 78 Gy was shown as G0 in 12 pts (30%), G1 in 18 pts (45%), G2 in 9 pts (22.5 %), G3 in 1 pts (2.5 %). The incidence of acute GU toxicity in the pts treated with 70 Gy was graded as G0 in 11 pts (31,43%), G1 in 18 pts (51,43 %), G2 in 5 pts (14,28%), G3 in 1 pts (2.86%). While those of group B showed GU toxicity as high as G0 in 10 pts (25%), G1 in 22 pts (55%), G2 in 8 pts (20%). While GU toxicity was very similar in both groups, the incidence of GI acute reaction was generally lower in group B, with a slight increase in grade 2 and 3 toxicity, not statistically significant
Conclusion: Dose escalation in 3D-CRT is largely acknowledged as a relevant factor in prostate cancer cure. However, an increase in acute toxicity could be expected in relation to adjacent normal structures. Standardized procedures to minimize day by day variation with a more consistent dose distribution to critical organs, may significantly reduce the risk of increased toxicity.

Abstract n. 178 Comunicazione

L'ERA DEL PSA È FINITA? ANALISI MULTIVARIATA SU 5000 PROSTATECTOMIE RADICALI

Briganti A.[1], Scattoni V.[1], Salonia A.[1], Suardi N.[1], Gallina A.[1], Roehrborn C.[2], Montorsi F.[1], Rigatti P.[1], Huland H.[3], Karakiewicz P.I.[4]
[1]*Divisione di Urologia, Cattedra di Urologia, Università Vita-Salute, Ospedale San Raffaele;* [2]*Divisione di Urologia, UT Southwestern Medical School, Dallas, Texas;* [3]*Divisione di Urologia, Università di Amburgo, Amburgo, Germania;* [4]*Cancer Prognostics and Health Outcomes Unit, University of Montreal, Canada*

Introduzione e Obiettivi: Valutare se il PSA costituisca un marker capace di predire in modo accurato lo stadio patologico e l'outcome clinico di pazienti sottoposti a prostatectomia radicale (PR). Al fine di testare la nostra ipotesi, abbiamo arruolato una coorte di quasi 6000 pazienti sottoposti PR provenienti da tre diversi paesi e due continenti arruolati negli ultimi 13 anni.
Metodi: Tra il 1992 ed il 2005, abbiamo prospetticamente raccolto dati su 5921 pazienti sottoposti a PR. L'età dei pazienti (range) è risultata pari a 39-85 (mediana 63), PSA (range) 0.1-50 (mediana 6.7), stadio clinico: T1c (63.5%), T2 (33.0%), T3 (2.0%). Gleason score bioptico: 2-6 in 64.4%, 7 in 26.7% and 8-10 in 4.4%. Stadi patologici secondo Partin: malattia organo confinata (OC) in 67.2%, estensione extra-capsulare (ECE) in 19.7%, invasione delle vescicole seminali (SVI) in 11.0% e invasione linfonodale (LNI) in 4.9%. I margini chirurgici (SM) sono risultati positivi nel 21.5% dei pazienti. Il PSA, lo stadio clinico ed il Gleason score bioptico sono stati utilizzati per predire gli stadi patologci secondo Partin e la presenza di margini chirurgici positivi mediante modelli di analisi univariata e multivariata. L'accuratezza predittiva è stata testata mediante analisi ROC (area sottesa dalla curva). L'incremento nell'acuratezza predittiva indotto dall'inclusione del PSA nei modelli basati sullo stadio clinico e sul gleason score bioptico è stato valutato in diversi quartili temporali.
Risultati: Ad eccezione della capacità di predire ECE nel primo quartile temporale (1992-8) (univariata p=0.3, multivariata p=0.9), il PSA è risultato una variabile predittiva significativamente associata (p<0.001) a OC, SVI, LNI e SM all'analisi univariata e multivariata. La Tabella 1 mostra l'accuratezza predittiva indotta dall'introduzione del PSA nei modelli predittivi. L'aumento nell'accuratezza predittiva è risultato pari al 2.0-6.1%, rispetto a modelli in cui solo lo stadio clinico ed il gleason sum sono stati considerati.
Conclusioni: I nostri risultati indicano che il contributo del PSA nella stadiazione del carcinoma prostatico è estremamente significativo. Inoltre, la capacità del PSA nel predire lo stadio patologico non è diminuita nel tempo.

Tabella 1.

	n	Q1:92-98 AUC (%)	Q2:99-01 AUC (%) CS e GISm +PSA	Q3:02-03 AUC (%)	Q4:04-05 AUC (%)
OC	5304	0.717+3.6	0.737+2.8	0.693+4.0	0.697+4.6
ECE	5334	0.586-1.4	0.662+2.1	0.636+2.9	0.643+2.7
SVI	5258	0.710+5.6	0.758+2.4	0.738+3.4	0.706+5.8
LNI	5340	0.785+4.5	0.804+2.4	0.745+3.9	0.826+3.1
SM	5255	0.580+6.1	0.556+2.0	0.560+4.6	0.608+4.1

Abstract n. 179 Poster

SVILUPPO E VALIDAZIONE DI UN NOMOGRAMMA PER PREDIRE LA PROBABILITÀ DI METASTASI LINFONODALI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE E LINFADENECTOMIA PELVICA ESTESA

Briganti A.[1], Salonia A.[1], Zanni G.[1], Gallina A.[1], Suardi N.[1], Da Pozzo L.F.[1], Scattoni V.[1], Raber M.[1], Montorsi F.[1], Rigatti P.[1], Karakiewicz P.I.[2]

[1]*Cattedra di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano;* [2]*Cancer Prognostics and Health Outcomes Unit, University of Montreal, Canada*

Introduzione e Obiettivi: Abbiamo sviluppato e validato internamente un nomogramma per predire l'invasione linfonodale (pN+) in pazienti affetti da carcinoma prostatico clinicamente localizzato sottoposto a linfadenectomia pelvica estesa e prostatectomia radicale retropubica (RRP).
Metodi: Abbiamo arruolato 602 pazienti consecutivi (età media SD: 65.87.2) sottoposti a linfadenectomia pelvica estesa definite come un numero di almeno 10 linfonodi rimossi. Tale coorte è stata utilizzata per sviluppare e valicare internamente un nomogramma predittivo per invasione linfonodale. Range del PSA reoperatorio: 1.09-49.91 (mediana 7.19).
Stadio clinico: T1c in 335/602 (55.6%), T2 in 249/602 (41.4%) and T3 in 18/602 (3%) pazienti. Gleason score bioptico: 6 o meno in 397 patients (66%), 7 in 153 (25.4%), 8 to 10 in 52 (8.6%). Abbiamo utilizzato modelli multivariate di regressione lineare per verificare l'associazione tra le variabili predittive sopra elencate e lo stato linfonodale. Sulla base di tali analisi di regressione linerae, abbiamo svilppato un nomogramma per predire il coinvolgimento linfonodale, che è stato sottoposto internamente valicato.
Risultati: Numero medio di linfonodi rimossi: 17.1 (range 10-40). pN+ è stato diagnosticato in 66 pazienti (11.0%). L'accuratezza predittiva per il PSA totale, lo stadio clinico e il Gleason score bioptico è risultata rispettivamente pari a 63%, 58% and 73%. Ad eccezione del PSA (p=0.3), tutte le variabili sonop srisultate variabili statisticamente predittive del coinvolgimento linfondale all'analisi multivariata (p<0.001). L'accuratezza predittiva del nomogramma basato sullo stadio clinico, il PSA pre-operatorio e il Gleason score bioptico è risultata pari al 76%.
Conclusioni: Il nomogramma da noi validato, basato su PSA preoperatorio, stadio clinico e Gleason score bioptico può predire in maniera accurata il coinvolgimento linfonodale in pazienti sottoposti a linfadenectomia estesa. Una più accurata stadiazione linfonodale potrebbe essere particolarmente utile in pazienti ad alto rischio di coinvolgimento linfonodale, I quali potrebbero ricevere maggiore benefici da una linfectomia allargata.

Abstract n. 180 Poster

L'ANESTESIA LOCALE NELLA BIOPSIA PROSTATICA. RUOLO DELLA DILUIZIONE DELLA LIDOCAINA NELLA GENESI DELLE MANIFESTAZIONI CARDIOVASCOLARI

Lorusso A., Abbinante M., Albo G., de Rienzo G., Intermite I., Pagliarulo A.

Sezione di Urologia, Dipartimento dell'Emergenza e Trapianto d'Organi, Università degli Studi di Bari

Introduzione ed Obiettivi: La biopsia della prostata è una procedura ambulatoriale, imprescindibile per la diagnosi di carcinoma della prostata. Viene sempre più estesamente indicata con elevato numero di prelievi, per cui è fondamentale che sia sicura e ben tollerata. Ciò che ne condiziona la tollerabilità è la esecuzione di anestesia locale. Gli anestetici locali agiscono stabilizzando i potenziali di membrana delle cellule eccitabili, potendo determinare effetti indesiderati bradicardizzanti ed ipotensivi anche ai comuni dosaggi utilizzati per l'anestesia loco regionale della prostata. Presso la nostra istituzione viene utilizzato l'accesso trans perineale con prelievo di 18 campioni, previa anestesia con Lidocaina. La osservazione di alcuni casi di bradicardia con ipotensione e, talora lipotimia intra e post procedura ci ha indotto a ridurre il dosaggio e la diluizione di anestetico utilizzato.
Scopo del lavoro è di valutare la incidenza degli effetti cardio vascolari e la efficacia anestetica con diverse diluizioni di Lidocaina.
Materiali e Metodi: Fino ad aprile 2005 abbiamo effettuato anestesia loco regionale con 10 ml di Lidocaina 2% (200 mg). Da maggio 2005 a tutt'oggi utilizziamo 10 ml di Lidocaina 0,5% (50 mg). Sono state analizzate 547 biopsie trans perineali della prostata a 18 prelievi, effettuate da gennaio 2004 ad aprile 2005 previa anestesia loco regionale con 10 ml di Lidocaina 2% (200 mg) e confrontate con 497 analoghe procedure, ma al contrario delle precedenti, effettuate previa somministrazione di 10 ml di Lidocaina 0,5% (50 mg). Tutti i pazienti vengono mantenuti in clinostasi per circa 2-3 minuti prima di assumere la posizione assisa e, successivamente ortostatica ove non siano presenti sintomi e segni di alterazione cardiovascolare. Inoltre sono mantenuti in osservazione fino a 30 minuti dalla fine della procedura. Abbiamo quindi confrontato nei due gruppi l'incidenza di: segni e sintomi cardiovascolari; crisi lipotimiche; sospensione della procedura bioptica per le suddette reazioni.
Risultati: Delle 547 biopsie effettuate con lidocaina 2% si sono verificati segni e sintomi cardiovascolari complessivamente in 120 pazienti (22%). 18 pazienti (3,2%) hanno presentato perdita di conoscenza della durata di pochi secondi. In 7 (1,2%) casi la comparsa di sintomatologia cardiovascolare durante la procedura ne ha reso necessaria la sospensione. In 3 casi (0,5%) è stata necessaria ospedalizzazione.
Nelle 497 biopsie effettuate con lidocaina 0,5% si è verificata un'incidenza statisticamente più bassa di: segni e sintomi cardiovascolari (15 pazienti, 3%; p<0,05); perdita di conoscenza durante o dopo la procedura (0 pazienti, 0%; p<0.05); sospensione della procedura bioptica (1 paziente, 0,02%; p<0,05).
La riduzione del dosaggio e della concentrazione della lidocaina non ha compromesso la qualità dell'effetto anestetico, determinando piuttosto una virtuale scomparsa l'effetto algogeno locale che per pochi secondi accompagna l'iniezione dell'anestetico.
Discussione: La anestesia loco regionale per la biopsia prostatica deve essere effettuata con attenzione in relazione alla ricchezza di vasi venosi che possono determinare un rapido riassorbimento di farmaci iniettati localmente con aumento del rischio di effetti indesiderati. La riduzione del dosaggio e della concentrazione della lidocaina ha determinato una drammatica riduzione degli effetti cardiovascolari senza incidere sulla qualità dell'effetto anestetico. Di contro la riduzione della concentrazione dal 2 allo 0,5% ha virtualmente annullato l'effetto algogeno locale che per pochi secondi accompagna l'iniezione dell'anestetico con miglioramento della tollerabilità complessiva della procedura.

Abstract n. 182 Comunicazione

ASSOCIAZIONE DEL POLIMORFISMO NELLA REGIONE PROMOTRICE DEL GENE DELL'ALFA-1-ANTI-CHIMOTRIPSINA CON L'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA ED IL CARCINOMA PROSTATICO

Licastro F.[1], Tumini E.[1], Chiappelli M.[1], Bertaccini A.[2], Pernetti R.[2], Sanguedolce F.2, Marchiori D.[2], Martorana G.[2]

[1]*Dipartimento di Patologia Sperimentale, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna;* [2]*Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna*

Introduzione e Obiettivi: L'iperplasia prostatica benigna ed il carcinoma prostatico si manifestano in età avanzata associandosi frequentemente a stati di immuno-depressione che possono

predisporre alla tumorogenesi con incremento di angiogenesi e riduzione dell'apoptosi cellulare. A conferma di ciò alcuni studi hanno evidenziato in queste condizioni un aumento dei livelli di alcune molecole dell'infiammazione tra cui l'alpha-1-antichimotripsina (ACT), una proteina della fase acuta con attività anti-proteasica che viene rilasciata dal fegato durante le prime fasi della risposta infiammatoria. L'ACT assume un ruolo di particolare importanza nell'ambito dello studio delle patologie prostatiche in quanto si lega all'antigene prostatico specifico (PSA) formando un complesso molecolare circolante. Dal momento che esiste una variabilità individuale nella predisposizione a queste patologie, gli obiettivi dello studio sono stati di verificare se un polimorfismo presente nella regione promotrice del gene dell'ACT fosse associato ad un maggior rischio di sviluppare l'iperplasia e/o il carcinoma della prostata e se tale polimorfismo potesse influenzare i livelli plasmatici di PSA.
Materiali e Metodi: Sono stati valutati i livelli di PSA plasmatico mediante prelievo di sangue venoso effettuato su una popolaziona omogenea per età costituita da 120 pazienti con ipertrofia prostatica benigna (GRUPPO 1), 50 pazienti affetti da carcinoma prostatico al momento della diagnosi (GRUPPO 2) e 125 controlli (GRUPPO 3). Tutti i tre gruppi sono stati genotipizzati per il polimorfismo allelico in posizione –51 nel promotore dell'ACT. Il polimorfismo in posizione –51 dell'ACT consiste in una trasversione GàT ed è stato determinato attraverso reazione di PCR, digestione enzimatica e visualizzazione su gel di agarosio. Il DNA è stato ottenuto tramite tecnica di estrazione da plasma con cloroformio-fenolo.
Risultati: I dati ottenuti dalla genotipizzazione del gruppo 1 ci dimostrano una frequenza dell'allele T mutato nel gruppo dei soggetti con iperplasia prostatica rispetto ai controlli sani (84% vs 70%, c2= 6.581 p = 0.010) conferendo quindi ai portatori di tale allele un rischio maggiore di sviluppare la malattia rispetto ai non portatori. È stata trovata una correlazione positiva dei livelli di PSA con il genotipo TT dell'ACT; infatti i soggetti portatori del genotipo TT avevano livelli di PSA più elevati rispetto ai portatori degli altri due genotipi (GG = 1.9 pg/ml, GT = 1.9 pg/ml, TT = 2.5 pg/ml). Per quanto riguarda il gruppo 2 (neoplasia prostatica) non sono state evidenziate variazioni significative rispetto ai controlli.
Discussione: Dai dati ottenuti sembra verosimile come un polimorfismo allelico del gene dell'ACT (TT) possa dettare una diversa predisposizione all'ipertrofia prostatica, mentre non sembra significativa la correlazione tra il polimorfismo allelico dell'ACT e la neoplasia prostatica anche se il campione genotipizzato è insufficiente (studio in fase di ampiamento). Un ulteriore end point da raggiungere nel follow up è di valutare se i pazienti portatori del genotipo ACT TT affetti da ipertrofia prostatica abbiano un rischio aumentato di sviluppare neoplasia prostatica.

Abstract n. 183 Poster

PHASE II MARKER LESION STUDY OF 6-WEEK INTRAVESICAL GEMCITABINE INSTILLATION IN PATIENTS WITH LOW-RISK SUPERFICIAL BLADDER CANCER

Brausi M.[1], Giussani L.[2], Altieri V.[3], Rigatti P.[4], Gontero P.[5], Bertelli L.[6], Rossi A.[6], Langer F.[7], Russo F.[6], Bono A.[2]
[1]Divisione di Urologia AUSL, Modena; [2]Divisione di Urologia Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Varese; [3]Clinica Urologia Azienda Universitaria Policlinico Federico II, Napoli; [4]Clinica Urologia Università Vita e Salute, Ospedale S. Raffaele, Milano; [5]Clinica di Urologia Ospedale Maggiore della Carità, Novara; [6]Eli Lilly Italia; [7]Eli Lilly EuMed

Purpose: The purpose of this study was to evaluate antitumor activity, measured by response rate, in patients with low-risk superficial bladder cancer treated with neoadjuvant intravescical gemcitabine.
Experimental Procedures: The study had a Simon 2-stage design. Thirteen patients were to be recruited for stage I; in the event of >4 responses, a further 30 patients were to be recruited for stage II.
Fourteen Caucasian patients (11 men and 3 women, mean age + SD 66 + 10.8 years) with primary, low-risk, solitary bladder tumor < 2 cm diameter, diagnosed by urethrocystoscopy or bladder sonography, were given 2000 mg gemcitabine intravesically once a week for 6 weeks. Two weeks after completion of therapy, patients were submitted to cystoscopy and transurethral resection or cold biopsies, as appropriate, and the response rate was assessed in terms of endoscopic, histological and urine cytological findings. Adverse events were reported expressing their severity as maximum CTC grades (WHO criteria).
Results: All 14 patients completed the study. The response rates were as follows: complete response 2 patients (14.3%); no response 11 patients (78.6%); progressive disease 1 patient (7.1%) (lesion increased from 2.0 x 2.0 cm to 4.0 x 4.0 cm 54 days after first treatment).
No serious adverse events were reported and no patients discontinued treatment because of adverse events. Five adverse events due to therapy were reported in 4 patients: Grade 2 pollakiuria, Grade 1 nausea and vomiting, Grade 1 urinary tract infection and Grade 1 bladder spasm.
The laboratory test abnormalities were Grade 1 reductions in hemoglobin (n=4; 28.6%), platelet counts (n=3 21.4%) and neutrophil counts (n=1 7.1%)
Conclusions: As the pre-set threshold response rate was not achieved, the study was not continued to stage II. Neoadjuvant gemcitabine (2000 mg intravesically once a week for 6 weeks) was well tolerated and did not raise any safety concerns in patients with low risk, single superficial bladder cancer.

Abstract n. 184 Poster

VARIAZIONE DELLA DETECTION RATE UTILIZZANDO DIVERSI SCHEMI BIOPTICI IN UN UNICO CAMPIONE DI PAZIENTI SOTTOPOSTI DI SATURAZIONE

Marchioro G.[1], Zaramella S.[1], Sala M.[2], Monesi G.[2], Sogni F.[1], Pisani R.[1], Tarallo M.[1], Vidali M.[3], Tarabuzzi R.[1], Gontero P.[1], Frea B.[4], Terrone C.[1]
[1]Clinica Urologica - Università degli Studi del Piemonte Orientale Novara; [2]U.O.A. di Urologia, Ospedale di Domodossola (VB); [3]Dipartimento di Scienze mediche - Università degli Studi del Piemonte Orientale Novara; [4]Clinica Urologia - Università degli Studi di Udine

Introduzione e Obiettivi: La Saturation Biopsy (SB) è oggi di utilizzo comune nel sospetto di neoplasia prostatica in pazienti con pregressa biopsia negativa, in quanto in grado di aumentare il numero di tumori diagnosticati. Molto si discute oggi sul numero di prelievi e sulla sede in cui eseguirli. Nel presente lavoro abbiamo paragonato tre diversi schemi di biopsia di saturazione con lo scopo di ottimizzare il numero di prelievi, basandosi sul volume prostatico su altri parametri preoperatori, PSA totale, esplorazione rettale, ecografia transrettale.
Metodi: Dal novembre 2003 al dicembre 2005 abbiamo sottoposto a biopsia per via trans rettale in sedazione 114 pazienti, con età media di 65,4 anni (range 50-81), PSA medio di 11.2 ng/ml (range 3,23-30) e numero medio di biopsie standard pregresse di 1,5.
Abbiamo confrontato la detection rate ottenuta con il nostro schema di SB a 32 prelievi, comprendenti la zona periferica, la zona transizionale e la zona anteriore, con altri 2 schemi bioptici, ricavati con l'esclusione di coppie di prelievi, dallo stesso gruppo di pazienti, ottenendo così uno schema a 28 e uno a 24.

Risultati: Un tumore è stato riscontrato in 32 pazienti (28%). La mediana di prelievi bioptici positivi nei pazienti con tumore era di 2 utilizzando lo schema a 32 prelievi (range 1-12) di 2 utilizzando lo schema a 28 (range 0-11) e di 1,5 utilizzando lo schema a 24 prelievi (range 0-9). Un Gleason score basso o medio grado è stato riscontrato in 20/32 (62,5%) pazienti, nel 19% delle procedure si sono osservate complicanze postoperatorie rilevanti (ematuria con coaguli, ritenzione d'urina o prostatite). I dati dimostrano una distribuzione piuttosto omogenea dei prelievi bioptici positivi nel nostro schema a 32 prelievi (3,1% - 21,9%) ad esclusione di alcune zone: periferica craniale dx, periferica craniale sx e transizionale craniale sx, con incidenza più alta a livello mediale e craniale bilateralmente. La detection rate utilizzando lo schema a 32 prelievi è stata del 28% non significativamente differente da quella ottenuta con gli schemi a 28 e 24 prelievi (27%) per cui non abbiamo analizzato altri fattori, quali volume prostatico, esplorazione rettale, ecografia trans rettale e PSA totale per variare lo schema bioptici.
Conclusioni: La SB rappresenta un valido strumento nella diagnosi di tumore della prostata in pazienti con mappaggio bioptico standard negativo,mantenendo una alta percentuale di diagnosi anche in pazienti con numerose biopsie negative.
La detection rate non aumenta in modo significativo aumentando il numero di prelievi oltre a 24 prelievi. Per la non trascurabile frequenza di complicanze, la metodica a nostro avviso, non dovrebbe essere eseguita di routine dopo un singolo campionamento bioptico negativo.

Bibligrafia

1. *Chrouser KL, Lieber MM. Extended and saturation needle biopsy for the diagnosis of prostate cancer. Curr Urol Rep. 2004 Jun; 5(3):226-30*
2. *Rabets JC, Jones Prostate cancer detection with office based saturation biopsy in a repeat biopsy population. J Urol. 2004 Jul; 172(1):94-7*
3. *Walz J., Graefen M., Chun FK. Et al. High incidence of prostate cancer detected by saturation biopsy after previous negative biopsy series Eur. Urol. 2006 Mar; 29*

Abstract n. 185 Poster

ADENOCARCINOMA PRIMITIVO DELLA RETE TESTIS: DILEMMA DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

Sogni F.[1], Gontero P.[1], Monga G.[2], Marchioro G.[1], Ranzoni S.[1], Marchetti C.[1], Fontana F.[1], Tarallo M.[1], Terrone C.[1]
[1]Clinica Urologica - Università degli Studi del Piemonte Orientale - Novara; [2]Servizio di Anatomia Patologica - Università degli Studi del Piemonte Orientale - Novara

Introduzione: Riportiamo un caso di adenocarcinoma primitivo della rete testis diagnosticato dopo intervento chirurgico, eseguito per idrocele inveterato clinicamente benigno.
Materiali, Metodi e Risultati: Un paziente di 67 anni è stato ricoverato con anamnesi personale di idrocele inveterato, diagnosticato 3 anni prima. L'esame obiettivo rivelava la presenza di emiscroto sinistro aumentato di volume e transilluminabile. Due precedenti ecografie scrotali, eseguite rispettivamente uno e tre anni prima, segnalavano solo la presenza di idrocele sinistro senza altri segni patologici. Gli esami eseguiti di routine prima dell'intervento risultavano nella norma. L'intervento programmato di eversione della vaginale sinistra è stato sospeso dopo l'incisione chirurgica per il riscontro intraoperatorio di ematocele associato ad un patologico ispessimento della tonaca vaginale. Alcune biopsie escissionali sono state eseguite prelevando campioni da piccole escrescenze tessutali della tonaca vaginale. Non è stato possibile eseguire un esame intra-operatorio per l'assenza di un servizio attivo di anatomia patologica presso l'ospedale in questione. L'esame anatomopatologico definitivo su tale tessuto ha confermato la presenza di una proliferazione neoplastica non ulteriormente classificabile. Il paziente è stato pertanto inviato presso il nostro centro dove è stato sottoposto ad intervento differito di emiscrotectomia ed orchifunicolectomia. I markers tumorali sono risultati nei limiti di norma mentre gli esami radiologici pre-operatori non hanno mostrato la presenza di metastasi. Macroscopicamente il testicolo mostrava un'area biancastra al taglio, di consistenza aumentata con diametro massimo di 15 mm, situata tra ilo testicolare ed epididimo. L'esame microscopico della proliferazione neoplastica rivelava la presenza di cellule cuboidali in strutture tubulo-ghiandolari e papillari estese alla tonaca albuginea ed occasionalmente alla vaginale. L'indagine immunoistochimica ha mostrato una forte positività per AEl/AE3 CK e vimentina, una debole positività per CEA ed una negatività per la calretinina e PSA. Questi reperti istopatologici, valutati da tre differenti anatomopatologi, tra cui un uropatologo di riferimento nazionale ed uno internazionale hanno portato alla diagnosi di adenocarcinoma della rete testis. In accordo con alcune evidenze scientifiche pubblicate in letteratura è stata proposta una linfoadenectomia retroperitoneale, ma il paziente ha rifiutato un ulteriore trattamento chirurgico. A 8 mesi dall'intervento il paziente non presenta segni di ripresa di malattia locale e/o a distanza.
Conclusioni: L'adenocarcinoma della rete testis è un tumore raro (circa 60 casi in letteratura) associato ad un tasso di mortalità elevato e ad una scarsa risposta alla chemio- e/o radio-terapia. L'idrocele è presente nel 30% dei casi e può confondere in fase diagnostica. Poiché la diagnosi di questo tumore è usualmente effettuata pre-intervento, ripetere un'ecografia prima della chirurgia potrebbe chiarire la reale natura dell'idrocele. La diagnosi istopatologica richiede una valutazione accurata e prudente. Attualmente un intervento precoce di orchiectomia radicale fornisce la migliore chance di cura. La linfoadenectomia retroperitoneale sembra rappresentare un'utile modalità terapeutica particolarmente in pazienti con malattia localizzata, ma i dati disponibili sono pochi. Per questo diventa irrinunciabile condividere con la comunità scientifica i dati relativi al follow up di questi pazienti.

Bibliografia

Okada H, Hanioka K, Fujisawa M, Arakawa S, Kamidono S, Ohbayashi C. Primary adenocarcinoma of the rete testis. Br J Urol. 1997 Feb; 79(2):300-2

Skailes GE, Menasce L, Banerjee SS, Shanks JH, Logue JP. Adenocarcinoma of the rete testis. Clin Oncol (R Coll Radiol). 1998; 10(6):401-3

Sanchez-Chapado M, Angulo JC, Haas GP.Adenocarcinoma of the rete testis. Urology. 1995 Oct; 46(4):468-75

Abstract n. 186 Poster

IMPIEGO DELLA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (IORT) IN CORSO DI PROSTATECTOMIA RADICALE (PR) PER CARCINOMA PROSTATICO (CAP) LOCALMENTE AVANZATO

Frea B.[1], Zaramella S.[2], Gontero P.[2], Marchioro G.[2], Sogni F.[2], Ranzoni S.[2], Tarabuzzi R.[2], Ballare A.[3], Loi G.[4], Krengli M.[3], Terrone C.[2]
[1]Cattedra di Urologia, Università degli Studi di Udine; [2]Clinica Urologica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara; [3]Clinica Radioterapica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara; [4]Fisica Medica, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara

Introduzione e Obiettivi: L'obiettivo del nostro studio è di verificare la fattibilità della IORT in corso di PR, la sua efficacia e le eventuali complicanze in tumori in fase localmente avanzata. La IORT consente di erogare elevate dosi di radiazioni durante l'intervento chirurgico al fine di ridurre l'incidenza di recidive locali e migliorare il controllo della malattia.

Metodi: La IORT prevede l'utilizzo di un acceleratore lineare dedicato (Mobetron, Intraop, California, USA), installato in sala operatoria. Durante PR, dopo sezione della fascia pelvica e dei legamenti pubo-prostatici è stata misurata ecograficamente la distanza fra prostata e retto dove era stata precedentemente posizionata una sonda per dosimetria "in vivo". E' stato quindi introdotto nel campo operatorio un collimatore di diametro di 4,5-5,0 cm e angolo di "bevel" di 15-30 , attraverso cui è stata erogata una dose di 10-12 Gy con elettroni da 9 MeV. La dose è stata prescritta all'isodose del 90%. Il volume di trattamento comprendeva la prostata, le vescicole seminali e la regione periprostatica possibile sede di malattia. Nel nostro sono stati inclusi pazienti con CaP localmente avanzato e con conseguente elevato rischio di ripresa locale di malattia. In rapporto all'esito dell'esame istologico è stata prevista anche una radioterapia postoperatoria con una dose di 45-50 Gy erogata con frazionamento convenzionale

Risultati: Dal settembre 2005 a maggio 2006 abbiamo sottoposto a IORT 7 pazienti affetti da CaP localmente avanzato (T3-T4), con età media di 66.5 anni (range 57-76), PSA medio di 76.9 ng/ml (6.5-378) e Gleason score compreso fra 7 e 9 in sei pazienti e di 4 nel settimo paziente. 5 pazienti hanno eseguito terapia ormonale neoadiuvante. Nessuna complicanza intraoperatoria, l'intera IORT ha avuto una durata media di 30 min, la dose massima rettale rilevata variava da 0,1 a 1 Gy e la distanza media tra prostata e retto era di 29 mm (range 23-40 mm). La degenza media è stata di 8,5 giorni (5-18), in un paziente si è verificato un ileo dinamico postoperatorio risolto con farmaci procinetici, un paziente ha sviluppato una stenosi dell'anastomosi uretro-vescicale, un altro un linfocele e due pazienti presentano modesta incontinenza. 6 su 7 pazienti sono stati sottoposti a radioterapia postoperatoria.

Conclusioni: Dalla nostra esperienza si può affermare che la IORT rappresenta una metodica effettuabile in tempi operatori accettabili e con dosi minime di radiazioni a livello del retto. Un incremento numerico della casistica potrà consentire valutazioni più approfondite.

Bibliografia

1. *Del Carmen MG, Eisner B, Willet CG, Fuller AF. Vincent Gynecologic Oncology Service, Gillette Center for Women's Cancers, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA. Intraoperative radiation therapy in the management of gynecologic and genitourinary malignancies. Surg Oncol Clin N Am. 2003 Oct; 12(4):1031-42*
2. *Merrick HW 3rd, Dobelbower RR Jr. Department of Surgery, Medical College of Ohio, 3065 Arlington Avenue, Toledo, OH 43614-5807, USA. Intraoperative radiation therapy in surgical oncology. Surg Oncol Clin N Am. 2003 Oct; 12(4):883-97*

Abstract n. 187 Comunicazione

UTILIZZO DELLA SPECT-CT E DELLA LINFOSCINTIGRAFIA NELLA RICERCA DEL LINFONODO SENTINELLA PER L'IRRADIAZIONE PELVICA NEL CARCINOMA DI PROSTATA (CAP)

Marchioro G.[1], Zaramella S.[1], Maso G.[1], Sogni F.[1], Gontero P.[1], Ranzoni S.[1], Tarallo M.[1], Rudoni M.[2], Inglese E.[2], Krengli M.[3], Ballarè A.[3], Frea B.[4], Terrone C.[1]

[1]Clinica Urologica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara; [2]Servizio di Medicina Nucleare, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara; [3]Clinica Radioterapica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara; [4]Cattedra di Urologia, Università degli Studi di Udine

Introduzione e Obiettivi: Molti studi suggeriscono l'utilizzo della radioterapia in pazienti con CaP e un elevato rischio di coinvolgimento linfonodale. Solitamente i linfonodi pelvici sono inclusi nel volume di trattamento ma non ci sono precise informazioni sul preciso drenaggio linfatico. Lo scopo del nostro lavoro è quello di studiare "in vivo" la via di drenaggio linfatico utilizzando la tecnica di ricerca del linfonodo sentinella, con lo scopo di identificare il linfonodo sentinella (SLN), primo linfonodo potenzialmente sede di metastasi.

Metodi: 15 pazienti con CaP candidati ad intervento chirurgico sono stati inclusi nel nostro studio. Le immagini SPECT sono state ottenute 1 e 2-3 ore dopo iniezione intraprostatica su guida ecografica trans rettale di 115 MBq di Tecnezio99 nanocolloidale. La prima immagine che compariva è stata considerata come SLN e le successive come linfonodi pelvici. Dopo l'acquisizione con la SPECT, è stata eseguita una CT-SCAN Spirale con slices da 5 mm. Le immagini SPECT sono state fuse con le immagini CT-SCAN utilizzando markers esterni ed il volume di interesse è stato in seguito disegnato sulle immagini TC.

Il (CTV) volume di trattamento include prostata, vescicole seminali e linfonodi pelvici e vescica e retto sono stati anch'essi delineati con la TC. È stato quindi identificato SLN con le immagini SPECT e CT.

Il piano di trattamento è stato quindi ottenuto utilizzando la tecnica 3D-CRT con 4 campi, distribuendo le curve di isodose su tutte le strutture delineate includendo il linfonodo sentinella.

Risultati: Il SLN è stato individuato in tutti e 15 i casi, localizzato ai linfonodi iliaci esterni per il 60% dei casi e ai linfonodi iliaci-otturatori per il 40%. La dose di captazione media del SLN è stata di 102,5 % (range: 100,2 - 103,7 %) facendo riferimento al punteggio ICRU (International Commission on Radiation Units)

Conclusioni: L'identificazione del SLN è eseguibile senza complicanze e ben tollerabile dal paziente, la localizzazione più frequente è stata al terzo prossimale dei linfonodi iliaci esterni e il SLN è sempre stato incluso nel target clinico del volume di irradiazione. Con questa tecnica sarebbe quindi possibile ottenere una migliore conoscenza del drenaggio linfatico del CaP per ottimizzare il volume di trattamento in pazienti candidabili a irradiazione pelvica.

Bibliografia

1. *Seo Y, Franc BL, Hawkins RA, Wong KH, Hasegawa BH. Department of Radiology, University of California, San Francisco, California, USA. Progress in SPECT/CT Imaging of Prostate Cancer. Technol Cancer Res Treat. 2006 Aug; 5(4):329-36*
2. *Salem CE, Hoh CK, Wallace AM, Vera DR. Division of Urology, University of California - San Diego, La Jolla, California. A preclinical study of prostate sentinel lymph node mapping with [99mTC] diethylenetetramine pentaacetic acid-mannosyl-dextran. J Urol. 2006 Feb; 175(2):744-8*

Abstract n. 188 Comunicazione Selezionata

VALPROIC ACID ACTIVITY IN ANDROGEN-SENSITIVE AND -INSENSITIVE PROSTATE CANCER CELL LINES

Iacopino F., Urbano R., Navarra P.1, Sica G.

Istituto di Istologia ed Embriologia, 1Istituto di Farmacologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduction and Objectives: We have previously shown that valproic acid (VA, 0.45 mM), a histone deacetylase inhibitor, reduces cell proliferation of human prostate cancer cell lines, after 2-6 days of treatment. Moreover, the addition of VA to dihydrotestosterone (DHT) or the pretreatment with VA for 48 hours followed by the exposure to DHT abolishes the androgen-stimulated cell growth in androgen-sensitive LNCaP cells, while it induces a response to DHT in androgen-insensitive PC-3 cells. In the present work, we focused our attention on the effect on cell growth of VA concentrations higher than 0.45 mM

and of a longer pretreatment. We also studied the effect of VA on androgen receptor (AR) expression, and on cell morphology.

Methods: We evaluated the action of VA at concentrations ranging from 0.45 to 25 mM on cell growth via cell counts and the cell morphology by using an inverted phase contrast microscope. In another series of experiments, we pretreated LNCaP and PC-3 cells for 6 days with 0.45 mM VA and then exposed them to 0.45 mM VA or 1nM DHT or to the combination VA/DHT for the following 2-6 days. In both cell lines, AR expression was determined by Western blotting, after a treatment with 0.45 mM VA, DHT or both.

Results: In both LNCaP and PC-3 cell lines, VA concentrations from 1 to 25 mM strongly inhibited or suppressed cell proliferation inducing a cytotoxic effect as demonstrated by the trypan blue dye exclusion test. Cell numbers of both LNCaP and PC-3 cells treated with 25 mM were below the number of cells seeded. Under the same culture conditions, phase-contrast microscope observation revealed a marked shape alteration of adherent cells. There was a loss of dendritic-like processes in LNCaP cells while PC-3 cells did not maintain their epithelial-like morphology. Pretreatment of both LNCaP and PC-3 cells with 0.45 mM VA for 6 days determined a higher effect of VA (40% and 60% cell growth inhibition, respectively). LNCaP cells were still able to respond to DHT, although at a lower extent, while the number of PC-3 cells increased by DHT treatment. In both cell lines preexposed to VA, the combination VA/DHT resulted in a lower activity than that observed when they were used alone. Western blot analysis confirmed that AR is present in both cell lines, but at a lower level in PC-3 cells. DHT and VA treatment enhanced AR levels in our models. The increase after VA exposure was more remarkable in PC-3 cells and was evident after 24 hours of treatment while it occurred in LNCaP cells after 96 hours.

Conclusions: Our results show that high VA doses exert an inhibitory activity on cell proliferation of human prostate cancer cells being this activity associated with a cytotoxic effect. Moreover, a prolonged pretreatment with low VA concentrations enhances the response to the subsequent VA exposure and modulates androgen responsiveness in both cell lines. The increase in AR expression after VA treatment might support the DHT response in PC-3 cells but it does not seem to justify the reduction of the mitogenic effect of DHT in LNCaP cells. This event may be due to the presence of a mutated receptor in this model. The interference between the two drugs needs further investigation.

Supported, in part, by Contributi dell'Università Cattolica alla Ricerca Scientifica, 2004.

Abstract n. 189 Poster

ANCHE A BASSI VALORI DI PSA (0-2.5 NG/ML/CC) LA PSA DENSITY DELLA ZONA DI TRANSIZIONE HA UN RUOLO SIGNIFICATIVO NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA CARCINOMA PROSTATICO E PATOLOGIA PROSTATICA BENIGNA

[1]Roscigno M, [2]Ben Addi T, [2]Schulman CC, [1]Scattoni V, [1]Suardi N, [1]Rigatti P, [1]Raber M, [1]Montorsi F, [2]Zlotta AR

[1]Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San raffaele, Milano; [2]University Clinics of Brussels, Brussels, Belgium

Introduzione e Obiettivi: I dati del PCPT trial hanno dimostrato che anche con valori molto bassi di PSA la prevalenza del carcinoma prostatico è del 6.6 % tra uomini con PSA fino a 0.5 ng/ml, del 10.1% tra quelli con PSA compreso tra 0.6 e 1.0 ng/ml e del 17.0% tra quelli con valori compresi tra 1.1 e 2.0 ng/ml. Per questo ed altri motivi, l'utilità del PSAcome marker per il tumour della prostate è stato recentemente messo in discussione. Abbiamo valutato l'utilità della PSA density della zona di transizione (PSA-TZ) nell'aumentare l'accuratezza del PSA come marker per il carcinoma prostatico a valori di PSA bassi.

Metodi: Questo studio ha valutato 147 pazienti con sospetta neoplasia prostatica con PSA compreso tra 0 e 2.5 ng./ml. I pazienti sono stati sottoposti a biopsie prostatiche con 10-14 prelievi in 2 Istituti Universitari (Milano-Brussels). Sono stati calcolati il ruolo del PSA-TZ di migliorare la capacità del PSA nella diagnosi di carcinoma prostatico con analisi univariata, e le sue sensibilità e specificità.

Risultati: Dei 147 pazienti arruolati, 114 hanno avuto conferma istologica di tessuto prostatico benigno (77,5%) mentre 35 sono risultati affetti da carcinoma prostatico (22.5%). Il PSA medio non è risultato significativamente diverso tra i pazienti con neoplasia prostatica e quelli sani (1,52 ng/ml-SD0.69 vs 1,45 ng/ml-SD0.65, rispettivamente, p>0.05) mentre il PSA-TZ è risultato significativamente più alto nei pazienti affetti da carcinoma prostatico rispetto ai pazienti con patologia benigna (0.21 ng/ml/cc-SD0.28 vs 0.11 ng/ml/cc-SD0.10, p <0.00001). L'analisi multivariata ha confermato il ruolo predittivo indipendente del PSA-TZ (p=0,046), insieme a quello del PSA (p=0,001). Carcinoma prostatico ad alto grado è stato trovato in 5/35 pazienti (14,2%). Con valori di PSA bassi, una cut-off di 0,2 ng/ml per il PSA-TZ è risultato promuovere una specificità del 94%.

Conclusioni: Il nostro studio, sebbene condotto in una selezionata coorte di pazienti con alcuni inevitabili bias potenziali, conferma l'elevata prevalenza di carcinoma prostatico in pazienti con bassi valori di PSA (<2.5 ng/ml), anche se la percentuale di carcinomi ad alto grado è risultata bassa rispetto a valori di PSA più elevati. Anche a valori bassi di PSA il (PSA-TZ) rappresenta uno strumento utile per la diagnosi di carcinoma prostatico.

Abstract n. 190 Poster

FATTORI PREDITTIVI DI NECROSI TUMORALE NEL CARCINOMA RENALE A CELLULE CHIARE: ANALISI MULTIVARIATA DEI PARAMETRI ANATOMOPATOLOGICI E DI UN NUOVO RECETTORE ANGIOSTATICO

Gacci M.[1], Rossetti M.[1], Ierardi A.[1], Vittori G.[1], Lapini A.[1], Serni S.[1], Nesi G.[2], Palli D.[3], Romagnani P.[4], Romagnani S.[5], Carini M.[1]

[1]Clinica Urologica, Università di Firenze; [2]Anatomia Patologica, Università di Firenze; [3]Centro di Studio e Prevenzione Oncologica (CSPO), Firenze; [4]Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Università di Firenze; [5]Dipartimento di Medicina Interna, Università di Firenze

Introduzione: La necrosi tumorale nel carcinoma renale è di tipo ischemico, dovuto all'inadeguato apporto ematico rispetto alla rapida crescita delle neoplasie più aggressive; in tal senso la presenza di necrosi viene considerata un fattore prognostico negativo.

Tabella 1.

	Odds Ratio	Limiti di confidenza	p
Istotipo	0.721	0.12- 4.184	0.716
Stadio	2.519	1.06- 5.971	0.036
Grado	1.782	0.56- 5.655	0.327
Volume	1.003	0.99- 1.013	0.630
CXCR-3B	1.062	1.01- 1.107	0.005

Scopo del presente studio è mettere in relazione i parametri anatomopatologici convenzionali (l'istotipo, lo stadio, il grado e le dimensioni) e l'espressione di CXCR3-B (un recettore ad azione angiostatica isolato a livello renale) con il grado di necrosi tumorale.
Materiali e Metodi: 73 pazienti affetti da RCC sono stati selezionati per questo studio. In base all'estensione della necrosi i pazienti sono stati stratificati in 3 gruppi: 1) Inferiore al 30% (39), 2) Tra il 30 ed il 70% (24), 3) Maggiore del 70% (10). Di ogni paziente è stato analizzato con metodica uni e multivariata l'istotipo, lo stadio ed il grado patologico, il volume della neoplasia ed i livelli di recettore CXCR3-B.
Risultati: Tutti i fattori analizzati correlano con il grado di necrosi all'analisi univariata; i dati dell'analisi multivariata dopo studio di correlazione sono riportati nella Tabella 1.
Conclusioni: I nostri dati confermano una significativa associazione tra espressione della necrosi e stadio patologico della neoplasia. L'analisi multivariata non ha permesso di evidenziare una significatività per istotipo e per grado, probabilmente per l'esiguità degli istotipi papillari e cromofobi (13 casi) e di gradi G3-4 (16 casi); anche il volume non è risultato significativo, probabilmente a causa delle ridotte dimensioni della neoplasia in circa la metà del campione (35 /73 con volume <20cc).
La correlazione altamente significativa tra espressione CXCR3-B e necrosi tumorale sembra confermare l'azione angiosatica di tale recettore nel carcinoma renale.

Abstract n. 191 Poster

DIFFERENZE CLINICHE ED ANATOMOPATOLOGICHE TRA PAZIENTI CON CARCINOMA PROSTATICO INTRACAPSULARE (PT2), CON INFILTRAZIONE CAPSULARE FOCALE SENZA PENETRAZIONE (PT2CAP+) ED EXTRACAPSULARE (PT3) IN UNA POPOLAZIONE A BUONA PROGNOSI

Gacci M.[1], Rossetti M.[1], Ierardi A.[1], Vittori G.[1], Lapini A.[1], Serni S.[1], Mearini L.[2], Nesi G.[3], Palli D.[4], Montorsi F.[5], Porena M.[2], Carini M.[1]
[1]Clinica Urologica, università di Firenze; [2]Clinica Urologica, università di Perugia; [3]Anatomia Patologica, università di Firenze; [4]Centro di Studio e Prevenzione Oncologica (CSPO), Firenze; [5]Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele

Introduzione: Dal punto di vista anatomopatologico il carcinoma prostatico può presentarsi in forma intracapsulare (pT2), extracapsulare (pT3) o con infiltrazione capsulare focale, senza penetrazione a tutto spessore (pT2cap+).
Scopo del presente studio è valutare le differenze anatomopatologiche e cliniche tra pazienti pT2, pT2Cap+ e pT3, in una popolazione a buona prognosi (stadio clinico inferiore o uguale a cT2, Gleason bioptico inferiore o uguale a 3+3, PSA inferiore o uguale a 10).
Materiali e Metodi: Sono stati selezionati 251 pazienti con stadio clinico inferiore o uguale a cT2, Gleason bioptico inferiore o uguale a 3+3, PSA inferiore o uguale a 10. I dati pretrattamento (stadio clinico, gleason bioptico, PSA) e posttrattamento (gleason patologico, margini chirurgici, linfonodi positivi) sono stati analizzati in funzione del livello d'interessamento capsulare (pT2 vs pT2cap+ vs pT3) mediante test di Chi quadro.
Risultati: I risultati sono riportati nella Tabella 2.
Conclusioni: Come i pT2 i pT2cap+ differiscono dai pT3 per stadio clinico e gleason bioptico; come i pT3 i pT2cap+ sono più frequentemente riscontrabili in prostate di minori dimensioni (<40cc). Il gleason score patologico dimostra che i pT2cap+ presentano un'aggressività intermedia e distinta rispetto sia ai pT2 che i pT3. I pT2cap+ presentano una modesta incidenza di R+ rispetto ai pT2, ma come questi ultimi non presentano N+. Il focale interessamento capsulare, senza infiltrazione a tutto spessore è un parametro che deve essere valutato durante l'analisi anatomopatologica della prostata.

Abstract n. 192 Comunicazione

ESPRESSIONE DIFFERENZIALE DELLE LAMINE NUCLEARI E DELL'HNRNP K NEL TUMORE PROSTATICO

Barboro P.[1], Carpena D.[1], Repaci E.[1,2], Rubagotti A.[1,2], Boccardo F.[1,2], Salvi S.[1], Carnemolla B.[1], Romagnoli A.[3], D'Arrigo C.[4], Balbi C.[1]
[1]Istituto Scientifico per lo Studio e la Cura dei Tumori; [2]Dipartimento di Oncologia, Biologia e Genetica, Università di Genova; [3]Dipartimento di Urologia, Università di Genova; [4]Istituto di Macromolecole Sezione di Genova (C.N.R.)

Introduzione: Il processo di cancerogenesi è caratterizzato da definiti cambiamenti nella composizione proteica della matri-

Tabella 2.

	251	pT2 133	pT2cap+ 62	pT3 56	T2cap+ vs pT2	pT2cap+ vs pT3
Stadio Clinico	T1	87 (65.4)	34 (54.8)	11 (19.6)	0.15	<0.0001
	T2	46 (34.6)	28 (45.2)	45 (80.3)		
G. Score Bioptico	< 3+3	71 (53.4)	37 (59.7)	21 (37.5)	0.41	0.02
	3+3	62 (46.6)	25 (40.3)	35 (62.5)		
PSA	≤4	33 (24.8)	13 (21.0)	10 (17.9)	0.56	0.67
	> 4	100 (75.2)	49 (79.0)	46 (82.1)		
Volume prostatico(cc)	≤ 40	50/125 (40.0)	31/55 (56.4)	32/53 (60.4)	0.04	0.67
	> 40	75/125 (60.0)	24/55 (43.6)	21/53 (39.6)		
G. Score Patologico	≤ 3+3	94 (70.7)	30 (48.4)	14 (25.0)	0.003	0.009
	≥ 3+4	39 (29.3)	32 (51.6)	42 (75.0)		
Margini chirurgici	Si	0 (0)	3 (4.8)	5 (8.9)	0.031 (Fisher)	0.38
	No	133 (100)	59 (95.2)	45 (91.1)		
Linfonodi positivi	Si	0 (0)	0 (0)	5 (8.9)	-	0,02
	No	133 (100)	62 (100)	51 (91.1)		

ce nucleare (NM), l'unità funzionale che gioca un ruolo centrale nel coordinamento spaziale e temporale degli eventi di attivazione genica. Abbiamo dimostrato che lo sviluppo del carcinoma prostatico (PCa) è caratterizzato da un pattern proteico la cui complessità aumenta in funzione del Gleason e che la neoespressione di alcune proteine è significativamente correlata al rischio di progressione biochimica. Tra queste proteine, utilizzando tecniche di proteomica differenziale, abbiamo identificato la hnRNP K. Inoltre anche le lamine, le principali componenti strutturali della NM, sono differenzialmente espresse nel PCa rispetto al tessuto normale.
Obiettivi: Scopo di questo studio è verificare se le variazioni nel livello di espressione delle proteine della NM, identificabili attraverso tecniche di proteomica differenziale, sono rivelabili anche utilizzando tecniche immunoistochimiche allo scopo di validare una loro possibile utilità diagnostica e prognostica.
Metodi: Sono stati utilizzati frammenti di tessuto prostatico normale, iperplastico e tumorale, a differente grado di differenziamento, provenienti da prostatectomia radicale. L'analisi del pattern proteico è stata condotta attraverso elettroforesi bidimensionale ad alta risoluzione utilizzando nella prima dimensione le immobiline ed i gels sono stati confrontati usando un programma specifico (PDQuest, BioRad). Tecniche di Western blot e cromatografia liquida accoppiata a spettrometria di massa (LC-MS/MS) sono state impiegate per identificare le proteine più significative. Tecniche immunoistochimiche sono state usate per esaminare l'espressione delle lamine di tipo A, di tipo B e dell'hnRNP K nelle cellule epiteliali.
Risultati: In tutti i tessuti esaminati le lamine di tipo A sono localizzate soprattutto nella zona perinucleare; nel PCa la loro l'espressione è fortemente ridotta e frequentemente non determinabile. Le lamine di tipo B sono espresse sia nella zona perinucleare sia all'interno del nucleo, come già avevamo osservato su altri tessuti utilizzando tecniche di immunoelettromicroscopia. Nel tessuto tumorale l'espressione di queste proteine è molto eterogenea e dipende dal grado di differenziamento: PCa con Gleason elevato hanno spesso una espressione più elevata della lamina B, soprattutto all'interno del nucleo. L'hnRNP K è presente in tutti i tessuti, la sua espressione risulta molto aumentata nei tessuti tumorali dove è localizzata esclusivamente a livello nucleare. L'analisi in Western blot di elettroforesi bidimensionale ad alta risoluzione mostra riproducibili alterazioni nella distribuzione delle varianti isoelettriche dell'hnRNP K, suggerendo che l'aumentata espressione sia dovuta soprattutto alla componente acida.
Conclusioni: Il presente studio conferma che l'alterata espressione di definite proteine della NM può essere determinata non solo attraverso sensibili ma complessi metodi di analisi quali l'elettroforesi bidimensionale ad alta risoluzione, ma anche con più accessibili tecniche di immunoistochimica prospettando importanti applicazioni per la diagnosi, la prognosi ed il monitoraggio del trattamento terapeutico del PCa.

Abstract n. 193 Poster

CORRELAZIONE FRA IL VOLUME PROSTATICO E IL RISCHIO DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO DI ALTO GRADO E/O DI MALATTIA PIÙ ESTESA

Scattoni V., Roscigno M., Briganti A., Raber M., Dehò F., Sangalli M., Nava L., Suardi N., Freschi M.1, Montorsi F., Rigatti P.
Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; [1]Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Introduzione e Obiettivi: Recentemente è stato ipotizzato che le prostate di minor dimensioni hanno un maggior rischio di malattia localmente avanzata, di grado più elevato e maggior rischio di progressione biochimica dopo prostatectomia radicale. Abbiamo valutato se è possibile osservare tale correlazione già al momento della biopsia con i tutti i parametri disponibili.
Metodi: Lo studio include 4872 uomini con PSA < 50 ng/ml (età media: 66,8±33,8 anni) sottoposti a biopsie prostatiche con 10-18 prelievi tra il 1997 al giugno 2006 (volume medio 64,9±34cc, PSA medio 9,3±7,6 ng/ml) . Abbiamo valutato l'associazione tra volume prostatico (< e > 65 cc) con età, DRE, PSA medio, il Gleason score, numero dei frustoli bioptici eseguiti e quelli positivi.
Risultati: La probabilità di diagnosticare un cancro prostatico è risultata significativamente più alta nelle prostate piccole (< 65 cc) (50%) rispetto alle prostate grandi (> 65 cc)(30%) (p=0.001). Il volume prostatico è risultato inversamente associato (<65 vs >65 cc) in maniera significativa al Gleason grade (5,6±0,05 vs 5,3±0,08, p=0,0026) e al numero totale di frustoli bioptici positivi (5,0±0,1 vs 4,0±0,17, p= 0,006), mentre è risultato direttamente associato al valore medio di PSA (8,5 ±0,19 vs 10,2±0,23 ng/ml, p= 0.001) e al numero medio di frustoli eseguiti (11,2±0,07 vs 12,8±0,09, p= 0.001).
Conclusioni: Le prostate di minor dimensioni sono più a rischio di avere un carcinoma prostatico ad alto grado e di maggior volume rispetto alle prostate di maggior dimensioni. Le dimensioni prostatiche sono un importante fattore predittivo delle caratteristiche della malattia che deve essere valutato prima della biopsia.

Abstract n. 194 Poster

LA BIOPSIA PROSTATICA TRANSRETTALE ESTESA CON 12 VERSUS 18 PRELIEVI. L'ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO SU PIU' DI 3000 PAZIENTI

Scattoni V., Roscigno M., Maga T., Zanoni M., Riva M., Raber M., Dehò F., Sangalli M., Nava L., Suardi N., Freschi M.[1], Montorsi F., Rigatti P.
Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; [1]Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Introduzione e Obiettivi: Recentemente è stato dimostrato che la biopsia di saturazione non è in grado di diagnosticare più carcinomi prostatici alla prima biopsia rispetto a schemi bioptici meno estesi. Scopo di questo studio è stato quello di valutare se il numero dei prelievi (12 vs 18) influenza la percentuale di tumori prostatici riscontrati mediante biopsia prostatica tranrettale estesa.
Metodi: Lo studio include 3418 uomini (età media: 65,6±7.4 anni) con un PSA 4.0-15.0 ng/ml con DRE e/o TRUS positiva e sottoposti dal gennaio 2002 a giugno 2006 a biopsie prostatiche con 12 e 18 prelievi da 6 diversi operatori. Le caratteristiche dei pazienti (valori medi) sono le seguenti. età: 65.6±7.4 anni, PSA:7.12±2.8 ng/ml, R: 0.17±0.08, volume prostata: 63.2±31 cc
Risultati: Complessivamente, lo schema a 18 prelievi (18Bx) non ha diagnosticato un numero significativamente maggiore di tumori prostatici rispetto allo schema a 12 prelievi (12Bx)(39,9% vs 38,4%, p=0.37), ma ha diagnosticato un numero maggiore di HGPIN (10,6 vs 3.7%, p= 0.002). Suddividendo i pazienti in due gruppi in base al volume mediano della prostata (55 cc) la detection rate con lo schema 18Bx è risultata essere statisticamente più alta rispetto alla 12Bx solo nel gruppo di pazienti con una prostata maggiore di 55 cc (valore medio: 81 cc)(31.5% vs 24.8%, p= 0.01), ma non nei pazienti con una prostata <55cc (valore medio 31cc; 53.0 vs 54,7%, p= 0.7). I due gruppi sono risultati paragona-

bili per età, PSA, ratio, DRE postiva. Suddividendo ulteriormente i pazienti in quartili in base al volume prostatico (5-40cc, 41-57cc, 58-76cc, 77-349cc), la detetection rate è risultata statisticamente più alta solo nei pazienti con prostata del terzo e quarto quartile. Le caratteristiche dei pazienti sono risultate sovrapponibile fra i 4 gruppi.
Conclusioni: Lo schema 18Bx, complessivamente, non è in grado di incrementare, in maniera significativa, la detection rate dei carcinomi prostatici alla prima biopsia, ma solo degli HGPIN. Tuttavia, lo schema 18Bx, rispetto al 12Bx, sembra essere più diagnostico nei pazienti con una prostata di maggiori dimensioni (> di circa 50 cc).

Abstract n. 196 Poster

ATTIVITÀ ANTIPROLIFERATIVA DI CELECOXIB, UN INIBITORE SELETTIVO DELLA COX-2, SULLE LINEE CELLULARI DI CANCRO DELLA VESCICA

Pagliarulo V., Martines I., Ancona P., Albo G., Telari S., Bottalico M., Pagliarulo A.
Sezione di Urologia, Dipartimento dell'Emergenze e Trapianti d'Organi, Università degli Studi di Bari, Piazza G. Cesare 11, 70124, Bari, Italia

La cicloossigenasi-2 (COX-2), un enzima inducibile che catalizza il primo step della produzione dei prostanoidi, è iperespresso in una alta varietà di tumori e possiede delle proprietà neoangiogenetiche ed antiapoptoiche. Molti studi di tipo epidemiologico, in vitro e studi di espressione su banche tissutali hanno dimostrato che l'espressione di Cox-2 è aumentata nei tumori vescicali ad alto grado e stadio. Presso la nostra sezione di urologia abbiamo condotto un clinical trial per valutare in pazienti con neoplasie vescicali uroteliali stadio Ta e T1 l'efficacia e la safety di un inibitore selettivo della Cox-2, celecoxib. Come parte del trial, 6 linee cellulari di neoplasia vescicale sono state testate per studiare l'espressione di Cox-2 e per valutare l'efficacia, a concentrazioni crescenti (10-100µM), di 3 molecole a specificità variabile per Cox-1 e Cox-2: celecoxib (Cox-2 selettivo), indometacina (non selettivo) ed SC 560 (Cox-1 selettivo). Sono stati effettuati test di vitalità (crystal violet ed MTT tests), e test di apoptosi, che hanno dimostrato in tutte le linee cellulari che celecoxib produce l'effetto citotossico più forte, con modalità dose dipendente. Infine, per comprendere i meccanismi molecolari che sottostanno all'attività della Cox-2 abbiamo utilizzato l'RNA estratto dalla linea cellulare T24, prima e dopo trattamento con celecoxib (75µM – 24h), così da determinare l'espressione genica differenziale con cDNA microarrays. I risultati verranno discussi.

Abstract n. 197 Poster

ALLA RICERCA DI INDICI PROGNOSTICI DI AGGRESSIVITÀ NEOPLASTICA NEL TUMORE PROSTATICO: IL NUMERO DI PRELIEVI POSITIVI ALLA BIOPSIA PROSTATICA

Albo G., Pagliarulo V., Abbinante M., Lorusso A., Alba S., Pagliarulo A.
Sezione di Urologia, Dipartimento dell'Emergenza e Trapianto d'Organi, Università degli Studi di Bari

Introduzione ed Obiettivi: L'avvento del dosaggio sierico del PSA ha comportato un noto salto di stadio del tumore prostatico, con una conseguente transizione da diagnosi di malattie localmente avanzate o sistemiche, a malattie precoci, spesso costituite da piccoli e molteplici foci neoplastici nel contesto dell'organo.
In questo ambito emerge il problema della identificazione della malattia biologicamente meno aggressiva in cui una qualsiasi forma di trattamento potrebbe non rappresentare l'approccio ideale per il singolo paziente.
I modelli di previsione del rischio di malattia quali i nomogrammi di Kattan e quello di Partin, hanno lo scopo di predire il comportamento clinico del tumore prostatico in rapporto a fattori clinici quali il PSA alla diagnosi, il Gleason score clinico e la stadiazione clinica.
Ad oggi il numero di prelievi positivi non rappresenta un fattore predittivo di malattia aggressiva, nonostante sia verosimile ipotizzare che l'aumento del numero di frustoli positivi, sia un indice indiretto di aggressività di malattia.
Scopo del presente studio, dunque, è quello di valutare l'eventuale influenza del numero di prelievi bioptici positivi nella valutazione dell'aggressività biologica.
Materiali e Metodi: Dall' agosto 2000 al gennaio 2002 sono state condotte 513 biopsie prostatiche con metodica transperineale a 18 prelievi, secondo la seguente geometria:
per ciascun lobo: 5 prelievi di periferia, 2 di transizione, 1 centrale, 1 apice.
Risultati: Di 513 biopsie eseguite, 160 sono risultate positive (31%).
Stratificando i pazienti con stadio patologico maggiore o uguale a T3, il numero dei prelievi positivi è stato in media di 4,27 con una deviazione standard di 4,47, mentre per i pazienti con stadio patologico inferiore a T3 il numero dei prelievi positivi e' stato in media di 4,44 con una deviazione standard di 2,97.
Abbiamo applicato il test per la differenza delle medie in campioni estratti da due popolazioni normali con varianza nota.
Discussione: L'approccio transperineale utilizzato presso la nostra divisione consente di ottenere un elevato numero di prelievi bioptici. Tuttavia è noto dalle biopsie transrettali con tecnica di saturazione che l'incremento del numero dei frustoli non comporti un aumento della detection rate. Nel presente studio abbiamo voluto verificare se il numero di frustoli positivi alla biopsia potesse rappresentare un indice di malattia avanzata.
Conclusioni: Dalla inferenza statistica si deduce che il numero di prelievi positivi alla biopsia non puo' predire lo stadio patologico più aggressivo.

Abstract n. 198 Poster

PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA VS "OPEN": VALUTAZIONE DEL RECUPERO DELLA CONTINENZA URINARIA DOPO UN ANNO DI FOLLOW UP

Manferrari F., Bertaccini A., Garofalo M., Sanguedolce F., Costa F., Palmieri F., Provenzale M., Bizzarri C., Baccos A. Severini E., Franceschelli A., Schiavina R., Concetti S., Brunocilla E., Martorana G.
Clinica Urologica di Bologna, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Introduzione: La prostatectomia radicale laparoscopica (VLRP) è ormai una tecnica standardizzata e riproducibile per il trattamento dell'adenocarcinoma prostatico (CaP) clinicamente localizzato. Uno fra i principali vantaggi prospettati di tale tecnica rispetto a quella a cielo aperto (RRP) è un maggior tasso di incidenza e/o un tempo più ridotto per il recupero della continenza urinaria.
Nel presente lavoro abbiamo confrontato i risultati funzionali di due gruppi di pazienti affetti da CaP trattati con VLRP e RRP presso il nostro centro.
Materiali e Metodi: Durante il periodo Novembre 2002-Luglio 2005, 98/276 Pz del gruppo RRP e 100/150 Pz del gruppo VLRP hanno completato un programma di controllo ambulatoriale a 3,6 e 12 mesi con somministrazione dell'ICS-male questionnaire. Per la valutazione della continenza i pazienti sono stati classificati in 4 categorie: Pz completamente asciut-

ti; Pz lievemente incontinenti (≤1 pad/die) e soddisfatti; Pz lievemente incontinenti (≤1 pad/die) ma insoddisfatti; Pz con incontinenza moderata/severa (≥2 pad/die). Nella valutazione finale sono stati considerati continenti i primi due gruppi, incontinenti il 3 e 4. Le differenze delle variabili categoriche sono state eseguite con il test del -2, le differenze delle variabili continue con l'ANOVA test; è stato eseguito infine un test di correlazione calcolato con l'indice Rho di Spearman fra alcune delle variabili principalmente coinvolte con la continenza (peso prostata; pregresse TURP o ATV; stadio patologico; tipo di intervento).
Risultati: (Tabella 1).
Conclusioni: I risultati del recupero della continenza dopo prostatectomia radicale laparoscopica vs open sono sovrapponibili. Per la tecnica laparoscopica, i risultati attuali risentono ancora dalla curva di apprendimento, anche se è già evidenziabile un trend verso una riduzione dei tempi di recupero.

Tabella 1.

Caratteristiche cliniche e tassi di incontinenza

	RRP	VLRP
ETÀ (anni)	65.9	64.2
FOLLOW UP MEDIO (mesi)	13.6	13.4
TASSO DI INCONTINENZA (%)	84	83

Tassi di recupero della continenza per classi temporali

	RRP (%)	VLRP (%)	¯2
3 mesi	74	68	0.48
6 mesi	23	21	0.71
12 mesi	3	11	0.04

Correlazioni fra variabili clinico-patologiche e incontinenza

	RRP	VLRP	RRP+VLRP
Peso prostate	0.012	0.003	0.001
Precedenti chirurgici	0.781	0.360	0.667
Stadio patologico	0.443	0.222	0.132
Intervento	/	/	0.301

Abstract n. 199 Poster

IL RUOLO DELLA CHIRURGIA RENALE CONSERVATIVA: 10 ANNI DI ESPERIENZA

Martorana G.[1], Brunocilla E.[1], Concetti S.[1], Franceschelli A.[1], Sanguedolce F.[1], Schiavina R.[1], Palmieri F.[1], Vitullo G.[1], Martinelli A.[1], Severini E.[1]
[1]*Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna*

Introduzione ed Obiettivi: Negli ultimi 15 anni le tecniche conservative hanno acquisito un ruolo rilevante nell'ambito della chirurgia renale. È nostra intenzione valutare i risultati ottenuti con questa tecnica su una popolazione selezionata che ha eseguito l'intervento presso il nostro Istituto.
Metodi: Tra Gennaio 1995 e Dicembre 2004, 148 pazienti (pz) (età media 59 anni) sono stati sottoposti ad intervento chirurgico conservativo per neoformazione renale. La popolazione in esame risulta così composta: 100 maschi e 48 femmine; 78 neoformazioni destre, 62 sinistre e 6 bilaterali sincrone; 103 (69,5%) forme incidentali; dimensione media alla diagnosi 35 mm (4-110); 44 polari superiori, 54 medio-renali e 50 polari inferiori; in 48 (32,4%) casi l'indicazione è stata imperativa.
Risultati: Gli interventi eseguiti sono risultati: 93 enucleoresezioni con clampaggio (tempo medio di ischemia 16 min), 36 senza clampaggio, 13 nefrectomie polari, 4 enucleoresezioni con nefrectomia radicale controlaterale, 1 nefrectomia polare con nefrectomia radicale controlaterale, 1 enucleoresezione bilaterale; in 32 casi è stata aperta la via escretrice.
Le complicanze precoci sono risultate 36 (24.3%): 21 I.R.A., 6 anemizzazioni con ricorso a emotrasfusione (1 reintervento), 4 fistole urinose, 3 ipepiressia, 2 infezioni sito chirurgico.
Le complicanze tardive sono risultate 17 (11,5%): 14 I.R.C. di grado lieve, 3 laparoceli.
Per la valutazione dei risultati oncologici sono stati considerati 111 pz con un follow-up medio di 58 mesi (12-120), escludendo quelli la cui diagnosi istologica fosse una forma benigna (34); 3 pz non sono stati valutati perché persi in corso di follow-up.
Lo stadio patologico è risultato: 76 T1a (68,4%), 27 T1b (24,3%), 5 T2 (4,6%), 3 T3a (2,7).
Il grado è risultato: 23 G1 (20,7%), 73 G2 (65,8%), 15 G3-4 (13,5%).
Durante il follow-up si sono verificate 9 (8,1%) recidive locali e 10 (9%) metastasi a distanza.
La sopravvivenza media globale risulta 80,2%, la sopravvivenza media libera da malattia 83,7% e la sopravvivenza media cancro-specifica 87,3%.
Conclusioni: Anche nella nostra esperienza la chirurgia conservativa si è dimostrata una tecnica standardizzata e gravata di un basso tasso di complicanze maggiori, a fronte di soddisfacenti risultati oncologici a medio-lungo termine.

Abstract n. 200 Poster

INUSUALE PRESENTAZIONE DI DUE CASI DI NEOPLASIA PENIENA IN STADIO AVANZATO: DESCRIZIONE DEI CASI CLINICI

Martorana G.[1], Soli M.[2], Modenini F.[2], Urbinati M.[1], Severini E.[1], Cicchetti G.[1], Palmieri F.[1], Forlani T[1], Costa F.[1]
[1]*Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna;*
[2]*Struttura Semplice Dipartimentale di Andrologia, Dipartimento Chiurirgie Specialistiche e Anestesiologia, Policlinico Ospedaliero-Universitario S.Orsola-Malpighi, Bologna*

Introduzione ed Obiettivi: Nel mese di Luglio 2006, sono giunti in successione alla Nostra osservazione due pazienti, R.A. e M.E., rispettivamente di anni 75 e 67, entrambi con un quadro di ritenzione acuta di urina. All'esame obiettivo, R.A. presentava un edema del pene che appariva di consistenza duro-lignea con una ulcerazione a livello del terzo medio e concomitanti linfomegalie macroscopicamente evidenzianbili della regione inguinale bilateralmente; M.E., invece, risultava portatore di una voluminosa ernia inguino-scrotale destra associata a tumefazione dolente dell'emiscroto sinistro con iperpiressia ed a lesione ulcero-necrotica del glande. Nel primo caso si è proceduto a posizionamento di catetere vescicale; nel secondo è stato posizionato cistocath sovrapubico. In entrambi i casi si è proceduto a biopsia escissionale delle lesioni macroscopicamente evidenti che hanno confermato la diagnosi clinica di "carcinoma spinocellulare". La stadiazione clinica è stata completata dall'esecuzione di TC toraco-addominale con m.d.c.
R.A. presentava un quadro radiologico di multiple localizzazioni secondarie a livello polmonare, osseo e linfonodale a livello inguinale. Nel caso di M.E., al contrario, si evidenziava un quadro localmente avanzato in assenza di localizzazioni a distanza in associazione ad una voluminosa ernia inguino-scrotale.
Metodi: In entrambi i casi si è proceduto ad intervento chirurgico di amputazione del pene con uretrostomia perineale; nel caso di M.E. è stata necessario eseguire contestualmente ad orchifunicolectomia destra per la presenza di un processo flogistico ascesualizzato dei tessuti didimari.

Risultati: L'esame istologico ha evidenziato: nel caso di R.A., "carcinoma epidermoidale scarsamente differenziato infiltrante diffusamente il glande e i corpi cavernosi con diffusa linfangite carcinomatosa (pT3,Nx,Mx)"; nel caso di M.E., "Carcinoma spinocellulare moderatamente differenziato infiltrante i corpi cavernosi e l'uretra, esteso alla cute del prepuzio ove è presente componente a differenziazione sarcomatoide divergente ad alto grado (pT3,Nx,Mx)".
Il decorso post-operatorio è stato regolare in entrambi i pazienti, dimessi in terza giornata; R.A. è stato sottoposto a chemioterapia adiuvante con Cisplatino e 5-Fluorouracile.
Conclusioni: Il trattamento d'elezione dei tumori del pene consiste nell'amputazione dell'organo 2 cm prossimalmente al margine della lesione. La terapia demolitivi espone raramente al rischio di riprese locali, ma è gravemente mutilante e mal si concilia con l'esigenza di conservazione dell'integrità anatomica e funzionale dell'organo. La presenza di metastasi linfonodali rappresenta il più importante fattore prognostico nel carcinoma spinocellulare del pene; infatti, la sopravvivenza libera da malattia a cinque anni è inferiore al 40% nei pazienti N+ e superiore all'80% negli N0 o N-. La diagnosi di interessamento linfonodale si accompagna ad una prognosi sfavorevole.

Abstract n. 201 Poster

VARIAZIONE NEL TEMPO DI INCIDENZA E SIGNIFICATO PREDITTIVO (DI CARCINOMA IN SUCCESSIVE BIOPSIE) DEL RISCONTRO DI "PIN" E "ASAP" IN MAPPING PROSTATICI DAL 1995 AL 2006

Bollito E.[1], Volante M.[1,6], Terrone C.[4,7], Bellina M.[5], Fontana D.[3,6], Scarpa R.M.[2,6], Capotti M.[1,6]
[1]Divisioni Universitarie di Anatomia Patologica e di [2]Urologia Ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO); [3]Divisione universitaria di Urologia II Ospedale Maggiore San Giovanni Battista di Torino; [4]Divisione universitaria di Urologia Ospedale Maggiore La Carità di Novara; [5]U.OC. Urologia Ospedale degli Infermi di Rivoli; [6]Università degli Studi di Torino e [7]Università degli Studi del Piemonte Orientale

Introduzione: L'incidenza in biopsie prostatiche di ASAP e/o di PIN "isolati" si è vistosamente modificata in questi anni di pari passo con i cambiamenti che si sono avuti sia nelle modalità di prelievo da parte dell'urologo sia nella valutazione e refertazione di queste categorie diagnostiche da parte del patologo. Abbiamo rivalutato la casistica di PIN e ASAP osservati in mapping prostatici esaminati presso il nostro laboratorio dal 1995 al 2006 soffermandoci in particolare sui cambiamenti verificatisi nel tempo nell'incidenza di questi reperti, ma soprattutto del loro significato predittivo.
Materiali, Metodi, Casistica: Dall'archivio di anatomia patologica sono stati rivalutati i 4054 mapping prostatici qualitativamente adeguati e comprendenti almeno 6 prelievi, eseguiti dal 1995 al giugno 2006 ed è stata calcolata l'incidenza di PIN ed ASAP, il relativo significato predittivo rispetto alla diagnosi di cancro prostatico in biopsie successive e i cambiamenti per periodi determinati (1995-99; 2000-2003; 2004-2006) di questi parametri.
Risultati: l'incidenza di PIN è cresciuta progressivamente dal 2,8% (31/1103) del periodo '95-'99 al 3% (52/1750) nel '00-'03 al 5,6% (68/1201) del periodo '04-'06, ma contemporaneamente il suo significato predittivo è diminuito in modo parallelo dal 39% al 35% sino a giungere, nel periodo più recente, l 24% circa. Viceversa si è verificato per ASAP che la cui incidenza dal 3,7 e 4,5% è diminuita sino all'1,4% acquisendo tuttavia un sempre maggiore (20%, 38%, 47% rispettivamente) potere predittivo.
Discussione: L'aumentato numero di prelievi ha sicuramente condizionato l'aumento di incidenza delle PIN isolate; l'aumento del numero di prelievi ha consentito una migliore detection rate di carcinoma (diminuita di poco a fronte di una più marcata diminuzione del PSA medio dei pazienti biopsiati); la maggiore confidenza del patologo nel riconoscere le alterazioni tipiche di questa lesione ha portato inoltre all'emersione di un maggior numero di casi "microfocali" per i quali è logico attendersi un significato predittivo di carcinoma minore; in effetti, limitando la comparazione a casi con evidenza di PIN estesa o multifocale la riduzione del significato predittivo appare meno accentuata. Per ASAP il significato predittivo è invece grandemente aumentato, di pari passo con la riduzione di incidenza: ciò è sicuramente in rapporto con la migliore accuratezza diagnostica; infatti, l'esecuzione routinaria di sezioni multiple, esame immunoistochimico e doppia visione hanno consentito di ridurre molto l'apporto alla categoria ASAP di alterazioni eterogenee, più o meno aspecifiche accrescendo in tal modo la specificità di tale categoria diagnostica.
Conclusione: Il significato della diagnosi bioptica di PIN e ASAP (in assenza di carcinoma o "isolate") è molto cambiato negli ultimi anni. PIN è oggi più frequente ma meno predittiva di cancro nelle successive biopsie e questo dato può giustificare un follow-up bioptico, sia pur da valutare nel singolo paziente, meno aggressivo di quanto sinora considerato necessario. Viceversa i casi di ASAP sono oggi alquanto meno numerosi (con relativo vantaggio per paziente, urologo e costi sanitari) e richiedono da parte del patologo un attento approccio procedurale che comprenda esame su sezioni multiple, colorazioni immunoistochimiche e revisione almeno intra-dipartimentale; in tal modo però essi sono divenuti fortemente predittivi e pertanto la diagnosi di ASAP richiede oggi in modo più perentorio che in passato, ripetizione della procedura bioptica ed eventuali indagini di imaging alla ricerca di una neoplasia che nella nostra casistica è presente in quasi (47%) la metà dei casi.

Abstract n. 202 Video

LA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA NERVE SPARING: DESCRIZIONE DELLA TECNICA INTRAFASCIALE

Martorana G.[1], Manferrari F.[1], Garofalo M.[1], Bertaccini A.[1], Forlani T.[1], Palmieri F.[1], Vitullo G.[1], Severini E.[1]
[1]Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

Introduzione ed Obiettivi: La prostatectomia radicale garantisce una elevata curabilità del tumore della prostata, ma risulta gravata da significativi tassi di morbidità postoperatoria, come incontinenza ed impotenza. La tecnica nerve sparing ha molto migliorato i risultati in termini funzionali e l'avvento della laparoscopia ha permesso di incrementare ulteriormente quelli ottenuti dalla tecniche chirurgiche tradizionali. Descriviamo la tecnica di prostatectomia radicale laparoscopica intrafasciale, attualmente utilizzata presso il Nostro Istituto per la conservazione dei bundle neurovascolari.
Metodi: Tra Novembre 2002 e Febbraio 2006, 186 pazienti affetti da carcinoma prostatico clinicamente localizzato sono stati sottoposti a prostatectomia radicale laparoscopica. La tecnica utilizzata è stata inizialmente quella descritta da Montsouris; negli ultimi 12 mesi sono state apportate alcune modifiche, in particolare nell'isolamento delle vescicole seminali e nell'esecuzione della tecnica nerve sparing. Attualmente la tecnica che utilizziamo è la seguente: approccio transperitoneale con posizionamento di 5 trocar a V rovesciata, abbattimento della vescica ed accesso e preparazione del Retzius, preparazione della fascia endopelvica senza inciderla, incisione della giunzione vescico-prostatica ed isolamento e sezione del collo vescicale, isolamento delle vescicole seminali, incisione anteriore della fascia prostatica e sviluppo laterale del piano avascolare lungo la capsula prostatica fino in sede posteriore, incisione della Denonvilliers ed isolamento posteriore fino all'apice, incisione del complesso dorsale (con o senza legatura preventiva), isolamento dell'apice, anastomosi vescico-uretrale, linfadenectomia iliaco-otturatoria quando indicata.

Risultati: Mediamente il recupero della continenza completa è avvenuto dopo 83,54 giorni; l'8,75% dei pazienti è risultato continente alla rimozione del catetere vescicale.
A 3 mesi dall'intervento (154 pz valutati, 100%) si è riscontrato il 50% di ripresa completa della continenza; a 6 mesi (142 pz valutati, 92%) il 70,4%; a 12 mesi (120 pz valutati, 77,9%) il 74%.
A 12 mesi dall'intervento (120 pz valutati, 77,9%) la ripresa della funzionalità erettiva è stata del 53%; il 71,5% per quanto riguarda le procedure nerve-sparing.
Conclusioni: La prostatectomia radicale laparoscopica permette di ottenere gli stessi risultati oncologici a fronte di una migliore ripresa funzionale rispetto alle tecniche chirurgiche tradizionali. La tecnica intrafasciale risulta agevole per una equipe chirurgica esperta e semplifica la preservazione dei bundle neurovascolari.

Abstract n. 203 Poster

INSOLITO FOLLOW-UP, DOPO 12 MESI DALL'INTERVENTO, DI UN PAZIENTE SOTTOPOSTO A PROSTATECTOMIA RADICALE

Martorana G.[1], Ferri C.[1], Garofalo M.[1], Urbinati M.[1], Severini E.[1], Cicchetti G.[1], Costa F.[1]
[1]*Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna*

Introduzione ed Obiettivi: Descriviamo il caso di un paziente, M.F. di anni 58, sottoposto nel Maggio 2005 a prostatectomia radicale retropubica per adenocarcinoma prostatico pT2c, Nx, Mx, G3, Gs 6. A 9 mesi circa dall'intervento il paziente, obiettivamente in buone condizioni generali, con valori sierici di PSA totale indosabili, lieve stress incontinence e buona risposta erettiva agli inibitori della 5-PDE, riferiva la comparsa di una tumefazione non dolente in corrispondenza della ferita chirurgica.
L'esame obiettivo evidenziava la presenza di una massa palpabile di consistenza dura confermata all'ecografia dei tessuti molli; l'approfondimento TC dimostrava la presenza di una "formazione espansiva solida, grossolanamente rotondeggiante, del diametro massimo di 3,5 cm con discreto contrast enhancement dopo somministrazione di m.d.c.".
Metodi: Nell'Aprile 2006 il paziente è stato sottoposto ad escissione chirurgica della neoformazione.
Risultati: L'esame istologico ha evidenziato: "Proliferazione mesenchimale a morfologia muscolare liscia provvista di capsula in assenza di figure mitotiche o atipia nucleare. All'esame immunoistochimico la lesione appare reattiva per astina muscolo liscio e negativa per desmina, CD34, CD117, cheratina, con basso indice di proliferazione MIB-1; il quadro complessivo depone per fibroleiomioma". Il decorso post-operatorio è risultato regolare ed il paziente è stato dimesso in seconda giornata.
Conclusioni: I leiomiomi sono tumori mesenchimali a carattere benigno a partenza dal muscolo liscio. Nel caso descritto,il breve lasso di tempo dall'intervento aveva posto il sospetto di una recidiva locale della malattia prostatica; l'indosabilità del PSA e l'aspetto TAC della neoformazione fugavano in parte tale dubbio, la certezza di trovarsi di fronte ad una neoplasia benigna, comunque, è potuta arrivare esclusivamente con l'esame istologico definitivo.

Abstract n. 204 Comunicazione

THERAPEUTIC ANTI-TUMOR VACCINE IN PROSTATE CANCER: PRELIMINARY EXPERIENCE

Rivoltini L.[1], Marrari A.[1], Villa S.[2], Salvioni R.[3], Pellegrinelli A.[4], Carbone A.[4], Valdagni R.[5], and Parmiani G.[1]
[1]*Unit of Immunotherapy of Human Tumors;* [2]*Radiation Oncology Unit;* [3]*Department of Urology, and* [4]*Department of Pathology, 5Head of the Prostate Programme, Istituto Nazionale Tumori, 20133 Milan*

Despite the array of effective therapeutic strategies available for first line treatment of prostate cancer (PCa), patients suffering of this disease still recur and progress in a significant percentage. Among the new experimental approaches that could be utilized for reducing recurrence risk or treating resistant disease, anti-tumor vaccine are recently becoming a valid option. Pilot I and II studies have been performed over the last ten years, aimed at inducing clinical responses by vaccinating PCa patients resistant to conventional therapies. Some degree of effectiveness has been reported, although the usage of different type of immunization and the small number of treated patients have so far impaired any definitive conclusion. Recently, larger randomized trials have shown that anti-tumor vaccines can significantly prolong survival in patients with hormone-refractory disease, even at metastatic stage. Indeed, PCa cells has been found to express a vast number of antigenic molecules that can be recognized by specific CD8+ T cells. Molecules specific of the prostate tissue (such as PSA, PSMA, PAP), or overexpressed in cancer cells (such as EpCAM and Her2-neu) or selectively up-regulated in tumor vs normal tissue (such as survivin), are in fact targeted by specific CD8+ T cells present with relatively high frequency in PCa patients. The significant immunogenicity of these antigens suggests that PCa cells are able to spontaneously stimulate T-cell mediated immune responses, that could thus be potentiated and expanded by the administration of anti-tumor vaccines.
A phase I-II trial of vaccination with HLA-A*0201-restricted peptides derived from PSMA and survivin is presently ongoing in our Institution. We have planned to enroll 30 patients with clinically localized PCa undergoing surgery or patients with biochemical failure after surgery, radiation or first line hormonal therapy. Vaccination schedule includes eight subcutaneous injections of a mixture of PSMA p14-12, PSMAp2 711-719 and modified SVV96-104 (97M), emulsified in Montanide ISA 51. To enhance immunological effects of the vaccine, peptide administrations are preceded by systemic treatment with low dose cyclophosphamide (300 mg/m^2/four weeks), aimed at selectively eliminating CD4+CD25+ regulatory T cells, without causing significant toxicity.
The treatment is generally well tolerated with mild cutaneous toxicity due to s.c. Montanide injection. We observed a tendency to PSA stabilization in seven out of nine enrolled patients (two after hormonal therapy discontinuation).
Patients are extensively monitored for immunological responses in peripheral blood by testing the ability of CD8+ T cells to release IFNÁ in response to peptides and antigen-expressing PCa cell lines, and by HLA-A*0201/peptide tetramer staining. Initial monitoring data are showing a significant efficacy of our vaccination strategy in expanding antigen specific T cells, with an apparent association between immunological and biochemical response.
This study, together with the worldwide efforts of testing antitumor vaccines in PCa patients, will allow in the next few year to evaluate the role for immunotherapy as a valid therapeutic strategy for patients affected by this disease.

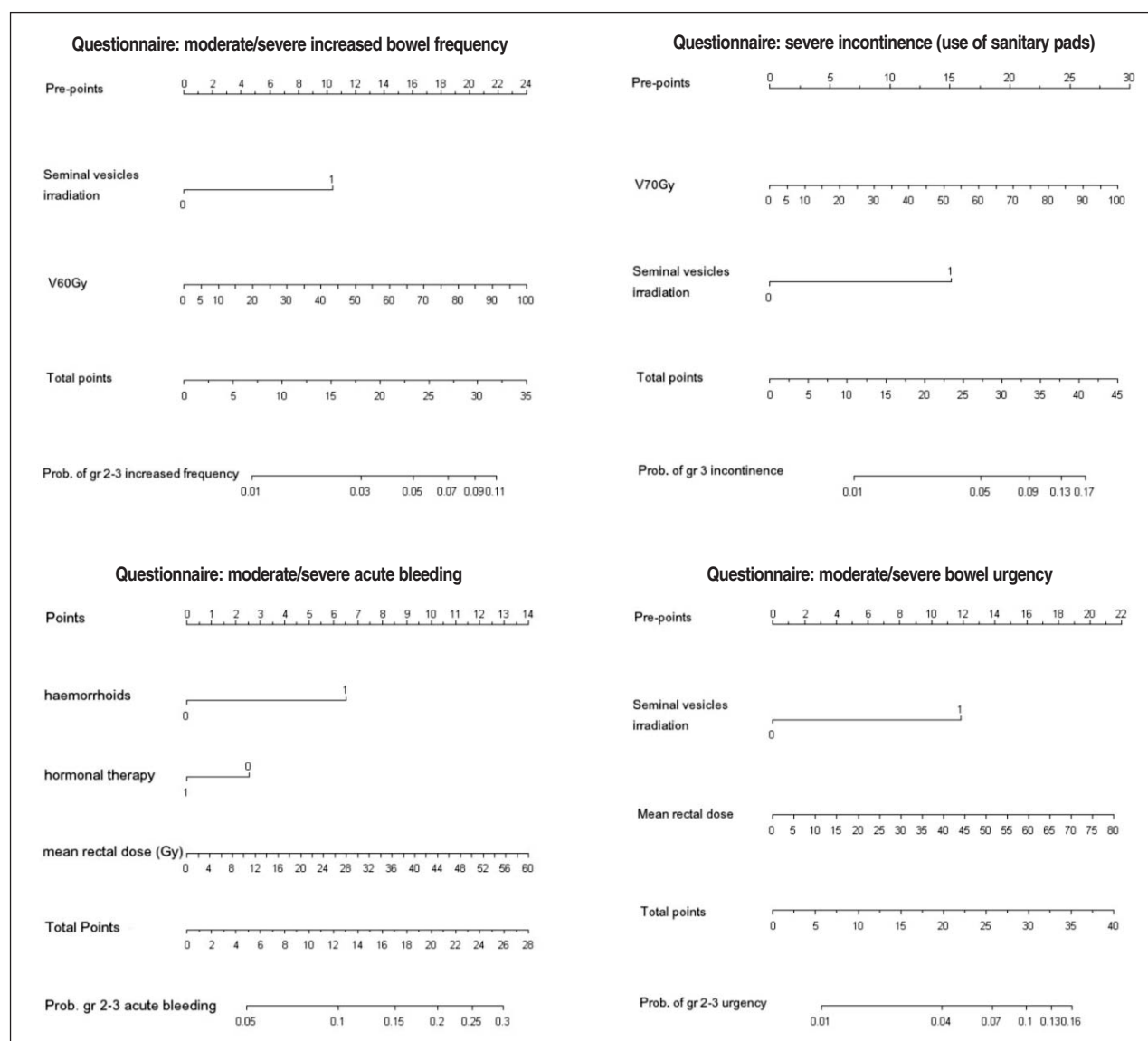
Abstract n. 205 Comunicazione

SVILUPPO DI NOMOGRAMMI PREDITTIVI DELLA SINDROME RETTALE ACUTA INDOTTA DA RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE NEL CANCRO DELLA PROSTATA

Valdagni R., Rancati T., Fiorino C., Franzone P., Mauro F., Munoz F., Cagna E., Fellin G., Greco C., Vavassori V.

Programma Prostata, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano - Div. Fisica Sanitaria, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano - Div. Radioterapia Oncologica, Ospedale di Alessandria - Div. Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria, Ospedale Villa Maria Cecilia, Lugo- Div. Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria, Ospedale Le Molinette, Torino - Div. Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria, Ospedale Sant'Anna, Como Div. Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria, Ospedale S. Chiara, Trento - Div. Radioterapia Oncologica, REM, Catania - Div. Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria, Ospedale di Circolo, Varese

Obiettivo: Sviluppare dei modelli predittivi di alcuni sintomi che caratterizzano la sindrome rettale acuta indotta da radioterapia conformazionale per carcinoma della prostata, sulla base dei dati emersi dallo studio AIROPROS 0102.
Materiali e Metodi: Sono stati analizzati i dati di 1132 pazienti arruolati nello studio multicentrico nazionale AIROPROS 0102 finalizzato alla valutazione della tossicità rettale nella radioterapia conformazionale del carcinoma prostatico. La tossicità rettale acuta è stata valutata mediante un questionario comprendente 11 domande che descrivono profili di sintomi relativi a frequenza intestinale, tenesmo, continenza, dolore e sanguinamento (Figura 1).
La tossicità rettale acuta radio-indotta è stata valutata verificando l'entità delle variazioni dei sintomi sopra descritti prima e dopo il trattamento. La correlazione tra comorbilità pre-trattamento, ormonoterapia, prescrizione di farmaci, presenza di diabete o ipertensione, radioterapia dei linfonodi pelvici o delle vescicole seminali, dose rettale media, DVH constraints (da V20 a V70) e tossicità rettale è stata ricercata con analisi logistica uni- e multi-variata.
Attraverso il software R-project, i risultati dell'analisi multivariata sono stati utilizzati per creare una serie di nomogrammi predittivi di sintomi moderati/severi legati alla tossicità acuta gastrointestinale.
Risultati: In questo lavoro sono stati analizzati gli eventi relativi a sanguinamento moderato/severo, all'aumento della frequenza intestinale, urgenza intestinale e incontinenza severa. L'analisi multi-variata ha evidenziato che il sanguinamento è fortemente correlato alla presenza di emorroidi (OR=1.9), all'ormonoterapia (fattore protettivo, OR=0.78) e alla dose media rettale (OR=1.024). La frequenza intestinale moderata/severa è legata al trattamento delle vescicole seminali (OR=2.8) e a V60

Figura 1.

(OR=1.024), mentre l'urgenza intestinale è sensibile all'irradiazione delle vescicole seminali (OR=3.3) e alla dose rettale media (OR=1.027).
È stato inoltre dimostrato che l'incontinenza severa è influenzata dall'irradiazione delle vescicole seminali (OR=4.6) e da V70 (OR=1.029). I risultati dell'analisi multi-variata sono stati utilizzati per sviluppare i nomogrammi presentati nelle figure sottostanti.
Conclusioni: In questo studio vengono presentati i primi nomogrammi disponibili in letteratura che permettono di predire sintomi specifici di tossicità gastrointestinale acuta causati da radioterapia radicale per carcinoma prostatico. La capacità predittiva di questi strumenti sarà validata su un gruppo indipendente di pazienti.
Lo studio AIROPROS 01-02 è parzialmente supportato da un finanziamento della Fondazione Italo Monzino, Milano.

Abstract n. 206 Video

TRATTAMENTO DI SALVATAGGIO CON CRIOTERAPIA DI TERZA GENERAZIONE, DOPO RADIOTERAPIA ESTERNA, NELL'ADENOCARCINOMA PROSTATICO

Matei D.V., Musi G., De Corbelli O.
Division of Urology - European Institute of Oncology

La terapia di salvataggio del carcinoma prostatico dopo trattamento di prima linea con radioterapia esterna conformazionale resta uno dei dubbi della pratica clinica urologica. Offrire al paziente un trattamento chirurgico con intento curativo con le note difficoltà tecniche dovute alla fibrosi indotta dalla RT e le inevitabili complicanze perioperatorie e post-operatorie, oppure offrire un trattamento con intento non curativo con ormonoterapia, consapevoli di una risposta limitata nel tempo.
In questo video mostriamo un trattamento di salvataggio con crioterapia di terza generazione, che grazie all'impiego effetto Joule-Thompson, dei gas nobili come argon ed elio, alla possibilità di raffreddare e riscaldare con estrema rapidità, all'utilizzo di aghi di diametro piccolo 17 ch , di catetere riscaldatore dell'uretra ed alla possibilità di monitoraggio continuo dell'ice-ball mediante ecografia trans-rettale, rende la crioterapia una procedura estremamente sicura, con un tasso di complicanze estremamente basso (5 % di incontinenza e 0% di stenosi dell'uretra, 0% di fistole retto uretrali (43,44,40), una risposta clinica e biochimica con un azzeramento del PSA ad un anno che nelle varie casistiche va dal 57 (39) , al 72 % (27), oltre ad essere una procedura semplice, con un tempo medio per procedura, nella nostra esperienza di….. anche se viene richiesto l'utilizzo di tecnologie avanzate.
Descrizione della Procedura: Con paziente in posizione litotomica, si esegue cistoscopia con posizionamento di catetere epicistostomico, si lascia in vescica filo guida.
Si utilizza una sonda transrettale lineare da 7,5 Hz, con cover a palloncino, che serve per sollevare la prostata dal retto. Si esegue una valutazione morfometrica della ghiandola ed un'iniziale pianificazione dell'impianto. Sulla sonda trans-rettale viene posizionato un tamplate da brachiterapia che servirà da guida per gli aghi. Si esegue test di raffreddamento degli aghi che mostra chiaramente la formazione dell'ice-bool. Si procede ad impianto dei primi 4 aghi sotto controllo ecografico, il passaggio dal piano sagittale e quello trasversale ci permette di individuare la posizione dell'ago e la sua distanza dal colo vescicale. Dopo aver posizionato gli aghi fino a coprire l'intera superficie della prostata. Si sgonfia la cover a palloncino della sonda trans-rettae e si posizionano gli ultimi 2 aghi nella fascia di Denonvillers, questi ultimi avranno la funzione di riscaldatori. Successivamente si procede al posizionamento di 2 termosensori, il primo viene posizionato al centro della ghiandola, il secondo sempre sulla fascia di Denonvillers. Si procede con l'ausilio del filo guida al posizionamento di catetere riscaldatore. Si inizia il trattamento eseguendo un progressiva attivazione degli aghi dalla porzione craniale a quella caudale della prostata, si ha un monitoraggio andamento delle temperatura grazie ai due temosensori, e si visualizza chiaramente la formazione dell'ice-bool grazie all'ecografia trans rettale, la poenza di raffreddaento viene modificata come allo stesso modo l'attivazione dei due riscaldatori posti nella Fascia di Denonviller in modo da non permettere un eccessiva diminuzione della temperatura in corrispondenza del retto. Giunti fino ala temperatura di -40°C viene mantenuta per 10 minuti. Successivamente si passa alla fase di riscaldamento che avviene prima in modo passivo poi in maniera attiva. Quando si è giunti alla temperatura di circa 0 gradi si riavvia il processo di raffreddamento con le medesime procedure descritte prima. Al termine si rimuovono gli aghi e si esegue una emostasi compressiva sul perineo per circa 20 minuti, contemporaneamente si continua per circa 30 minuti il riscaldamento dell'uretra, al termine si rimuove il catetere, lasciando in sede il solo epicistostomico.

Abstract n. 207 Poster

TUMORI A CELLULE EPITELIOIDI PERIVASCOLARI ("PECOMI"): ANALISI DELLE CARATTERISTICHE CLINICO-PROGNOSTICHE E DESCRIZIONE DI UN NUOVO CASO A LOCALIZZAZIONE PELVICA

Giglio M.[1], Lapetina C.[1], Caviglia C.[1], Sironi M.[2], Lanata S.[2], Estienne M.[3], Medica M.[1]
S.C. di Urologia1, Anatomia Patologica[2] e Radiologia[3], ASL 4 Liguria, Ospedale di Sestri Levante (Genova)

Introduzione: I Pecomi sono neoplasie costituite principalmente da cellule epiteliodi perivascolari ("PEC"); in questa famiglia di tumori mesenchimali rientrano l'angiomiolipoma, la linfangiomiomatosi, il tumore a cellule chiare del polmone e un gruppo di rari tumori con simili caratteristiche istologiche e immunofenotipiche che possono insorgere nell'ambito di organi e visceri o a livello di tessuti molli. In questo lavoro viene descritto il caso di un pecoma pelvico e viene analizzata la Letteratura Scientifica per valutare le caratteristiche cliniche e prognostiche di questi rari tumori.
Caso clinico: Un uomo di 86 anni è stato valutato per una lunga storia di emospermia. Le indagini diagnostiche strumentali hanno evidenziato la presenza di una voluminosa neoformazione pelvica in sede retrovescicale e retroprostatica con struttura interna solida-disomogenea e con margini irregolari. La neoformazione inglobava la vescichetta seminale di sinistra. Il paziente è stato quindi sottoposto ad intervento esplorativo conclusosi con l'ectomia della massa e risparmio della vescica, della prostata e della vescichetta seminale destra.
A distanza di 15 mesi gli esami strumentali hanno evidenziato plurime metastasi in sede epatica.
Discussione: In letteratura si trovano descritti circa 70 casi di pecoma. Le sedi extraparenchimali più spesso interessate sono rappresentate dall'utero, dal legamento falciforme, dal tratto intestinale e dal retroperitoneo; ad oggi ci risulta un unico precedente caso di pecoma pelvico paraprostatico [1]. Questi tumori possono colpire ad ogni età (3-75 anni) ed hanno una netta predilezione per il sesso femminile (10:1).
Da un punto di vista biologico tendono ad avere un comportamento benigno: solo nel 15% dei casi è stata evidenziata la presenza di metastasi. Istologicicamente sono caratterizzati dalla presenza di cellule epiteliodi con citoplasma chiaro (o granulare) in stretto rapporto anatomico con strutture vascolari. È presente forte immunoreattività per i marcatori melanocitici (HMB-45 e melan-A) e in minor misura per i marcatori delle cellule muscolari lisce (actina e desmina); risultano sempre negativi i markers di tipo epiteliale.
La dimostrazione che tali tumori siano realmente un'entità neoplastica a sé stante viene da un recente studio genotipico [2] che

ha messo in luce l'esistenza di alterazioni cromosomiche definite: la frequente delezione di 16p dimostra come i pecomi (al pari degli angiomiolipomi) siano neoplasie legate all'oncogene TSC2. I criteri istologici per definire la malignità di questi tumori sono incerti: la necrosi, la crescita infiltrativa e la marcata atipia cellulare sono più spesso correlati con un comportamento maligno.
Conclusioni: I pecomi sono tumori rari che tendono a verificarsi più frequentemente in donne, a qualunque età e in diversi distretti corporei. La diagnosi non può prescindere dalle indagini immunoistochimiche (costante positività per HMB-45). Devono essere considerati tumori a comportamento biologico incerto con possibilità di recidive e metastasi.

Bibliografia

1. Chaing H et al. Arch Pathol Lab Med 2003; 127: 96-8
2. Pan CC et al. Hum Pathol 2006; 37: 606-12

Abstract n. 208 Video

GLANDULOPLASTICA RICOSTRUTTIVA DOPO EXERESI PER NEOPLASIA PENIENA CON TECNICA POTENCY-SPARING: RICOSTRUZIONE CON MUCOSA URETRALE EVERTITA

Sasso F., Gulino G., Falabella R., Foschi N., Bassi P.F.
Università Cattolica del Sacro Cuore - Facoltà di medicina e Chirurgia - Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" - Roma

Introduzione: Presentiamo una tecnica originale di glanduloplastica ricostruttiva dopo glandulectomia potency-sparing per neoplasia peniena. La ricostruzione del neoglande è stata effettuata con mucosa uretrale evertita.
Materiali e Metodi: Incisione sottocoronarica con liberazione del pene dalle fasce superficiali. Il fascio neurovascolare dorsale viene isolato in senso centripeto e successivamente clampato e sezionato per ragioni oncologiche. Si procede a glandulectomia con risparmio degli apici cavernosi da cui viene inviato un margine di sezione per esame istologico estemporaneo insieme a frammento di uretra distale. Sutura e riconfigurazione degli apici cavernosi.
Si procede a spongiolisi. Si incide ventralmente in senso longitudinale per un tratto di 3-4 cm l'uretra distale che viene poi adagiata sui corpi cavernosi a copertura degli apici evertendo la mucosa. I margini uretrali vengono suturati agli apici cavernosi a punti staccati mentre la cute del pene viene fissata ai corpi cavernosi a circa un cm dal neoglande sfruttando la riepitelizzazione del corpo ad aumentare la superficie glandulare. Viene creato un neomeato uretrale in posizione lievemente ipospadica e viene posizionato un catetere Foley per 5 giorni.
Risultati e Conclusioni: La glanduloplastica ricostruttiva con mucosa uretrale è indicata nei casi di neoplasia peniena T1-2, G1-3. Laddove oncologicamente possibile, permette una buona ripresa dell'attività sessuale in pazienti senza deficit erettile preesistente e un buon risultato estetico

INDICE RELATORI DI COMUNICAZIONI POSTER VIDEO

GENERAL INFORMATION

Aims and Scope

"Archivio Italiano di Urologia e Andrologia" publishes papers dealing with the urological, nephrological and andrological sciences.
Original articles on both clinical and research fields, reviews, editorials, case reports, abstracts from papers published elsewhere, book rewiews, congress proceedings can be published.
Papers submitted for publication and all other editorial correspondence should be addressed to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.
Via Bassini 41
20133 Milano - Italy
Tel. +39 0270608091 - Fax +39 0270606917
e-mail: scriman@tin.it
architurol@tin.it

Copyright

Registrazione: *Tribunale di Milano n.289 del 21/05/2001*

Direttore Responsabile: *Pietro Cazzola*

Direzione Marketing: *Armando Mazzù*

Sviluppo e Nuove Tecnologie: *Antonio Di Maio*

Consulenza grafica: *Piero Merlini*

Impaginazione: *Felice Campo*

Stampa:
Parole Nuove s.r.l. - Via Garibaldi 58
20047 Brugherio, Milano - Italy

BUSINESS INFORMATION

Subscription details

Annual subscription rate
(4 issues) is Euro 52 for Italy
and US $130 for all other Countries.
Price for single issue: Euro 13 for Italy
US $32,5 for all other Countries.
Issues will be sent by surface mail;
single issues can also be sent by air mail at an extra charge of US $12.

Subscription orders should be sent to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.
Via Bassini 41
20133 Milano - Italy
Tel. +39 0270608091 - Fax +39 0270606917
e-mail: scriman@tin.it
architurol@tin.it

Payments should be made by bank cheque to:
Edizioni Scripta Manent s.n.c.

For Italy: conto corrente postale n. 20350682
intestato a Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Claim for missing issues should be made within 3 months from publication for domestic addresses, otherwise they cannot be honoured free of charge.

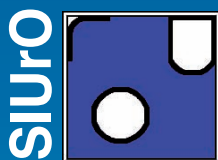
Changes of address should be notified Edizioni Scripta Manent s.n.c. at least 6-8 weeks in advance, including both old and new addresses.

The handling of personal data concerning subscribers is managed by our electronic data base.
It is in accordance with the law 675/96 regarding the tutorship of personal data.

The use of data, for which we guarantee full confidentiality, is to keep our readers up to date with new initiatives, offers and publications concerning Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Data will not be released or disseminated to others and the subscriber will be able to request, at any time, variation or cancellation of data.

Advertising

For details on media opportunities within this journal please contact
Mr. Armando Mazzù (Advertising Manager)
at +39 0270608060.

XVII CONGRESSO NAZIONALE SIUrO

SOCIETÁ ITALIANA DI UROLOGIA ONCOLOGICA

Presidente SIUrO
Raffaele Tenaglia

MODENA

Centro Servizi Policlinico

22-25 novembre 2007

Presidente del Congresso
Giampaolo Bianchi

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
E.V.C.M. Emilia Viaggi Congressi & Meeting
Via Porrettana, 76/2
40033 Casalecchio di Reno
Tel. + 39 051 6194911
Fax + 39 051 569313
e-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it
www.emiliaviaggi.it

SEGRETERIA SCIENTIFICA
SIUrO c/o Clinica Urologica
Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Policlinico S. Orsola-Malpighi
Padiglione Palagi
Via P. Palagi, 9 - 40138 Bologna
e-mail: segreteria@siuro.it
www.siuro.it